Nr 28 i 29 16 lipca 1939 Rok XVIII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Medycyna społeczna

Dr Henryk DŁUGOSZ. St. Asyst. Kliniki Lwów

Choroby wewnętrzne wśród studentów lwowskich szkół akademickich

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J. K.
Dyrektor: Prof. dr Roman Rencki
i Ambulatorium „Opieki Zdrowotnej" we Lwowie

Ze środowiska lwowskiego, które pierwsze w r. 1925 stworzyło organizację akademicką „Opiekę Zdrowotną" i w r. 1930 wprowadziło obowiązkowe badania rentgenowskie wszystkich nowo wstępujących na wyższe uczelnie, a w r. 1933/4 badania rentgenowskie wszystkich kończących studia, z tego środowiska wyszedł szereg prac na temat najczęstszej choroby wśród studentów, tj. gruźlicy i jej zwalczania wśród młodzieży akademickiej (Tyszka, Czeżowska, Grabowski i Hornung, Hornung). Za przykładem Lwowa poszły inne środowiska uniwersyteckie, ogłaszając wyniki badań nowo wstępujących i pracy Przychodni Przeciwgruźliczych.

Natomiast mało zajmowano się dotychczas, poza gruźlicą płuc, schorzeniami wewnętrznymi wśród studentów wyższych uczelni, „tej najcenniejszej warstwy społeczeństwa", jak powiedział Kattentidt w Leysin na zjeździe, poświęconym zdrowiu młodzieży akademickiej. Dlatego ogłaszam własne spostrzeżenia za okres 4½-letni, do dnia 30. VI. 1938. Na jednym z posiedzeń XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie w r. 1937 przedstawiłem wyniki częściowo.

Materiał własny, jako jednego z internistów, składa się z dwóch części: pierwsza obejmuje chorych, leczonych w domu (wizyty domowe) w latach 1933/4 i 1934/5, zarówno studentów, jak studentki, razem 507 osób, druga część tyczy badanych w Ambulatorium II Kliniki Chorób Wewnętrznych, przeważnie studentów, w latach 1935/6, 1936/7 i 1937/8, w liczbie 2.356 osób, czyli łącznie materiał własny obejmuje 2.863 osoby (porównaj załączoną tablicę I).

Te dwie części uzupełniają się wzajemnie, bo pierwsza obejmuje obłożnie chorych, druga ambulatoryjnych, przy czym wyjątki częstsze są w pierwszej, bo na 507 osób badanych w domu jako „obłożnie chorzy" jest 36 bez zmian, a na 2.356 osób badanych w ambulatorium zaledwie dwa razy skierowano chorych do natychmiastowego zabiegu (ropne zapalenie wyrostka robaczkowego), a raz przyjęto do Kliniki z powodu duru brzusznego.

U 14 chorych *zakaźnych*, spośród chorych badanych w domu, stwierdzono pięciokrotnie dur brzuszny, raz dur rzekomy, raz czerwonkę, odrę, zimnicę, dwa razy płonicę, raz kiłę nabytą ze świeżą osutką, dwukrotnie rzeżączkę.

Podkreślić muszę, że tylko w jednym przypadku obraz duru brzusznego był klasyczny. Wszystkie przypadki występowały sporadycznie.

Przypadek odry dotyczył studentki lat 22, u której następowo stwierdzono zaostrzenie sprawy gruźliczej w płucach.

Dużo trudności nastręczało rozpoznanie zimnicy u studentki, stale mieszkającej we Lwowie, gdzie zimnica należy do rzadkości, bo w roku 1921 stwierdzono w całym województwie lwowskim tylko 13 przypadków zimnicy, wobec 20.565 w województwie lubelskim (A. Wasilewski). Dopiero dokładne badanie kliniczne i zbadanie krwi podczas trzeciego nawrotu gorączki wyjaśniło sprawę. Chora mieszkała przy ulicy zupełnie rozkopanej wówczas z powodu przebudowy. Ponieważ prace ziemne na większą skalę powodują nasilenie zimnicy (Karaffa-Korbutt), tu należy szukać przyczyny schorzenia.

Przy badaniu ambulatoryjnym stwierdzono raz dur brzuszny, raz jaglicę, trzykrotnie świerzb, trzykrotnie rzeżączkę i raz kiłę.

Razem stwierdzono 23 przypadki chorób zakaźnych na 2.863 osoby badane, co stanowi 0,96%, względnie 1% w stosunku do 2.267 osób chorych.

Wobec przypadkowego wykrycia chorych zakaźnych, z powyższych cyfr nie można wysnuwać ogólniejszych wniosków.

Grypę rozpoznano w 65 przyp. na 471 chorych, czyli w 13.8% i to tylko w przypadkach o typowym przebiegu, podczas epidemii grypy mając na uwadze naciek wczesny i kontrolując następowo u wszystkich stan płuc rentgenologicznie.

Najczęstszym schorzeniem, stwierdzanym podczas odwiedzin domowych są *ostre schorzenia narządu oddechowego*, których procent wynosi 35.5. Składają się na nie: ostre zapalenie oskrzeli, płuc i opłucnej.

Natomiast w leczeniu ambulatoryjnym górują *przewlekłe schorzenia narządu oddechowego*, bo procent ich wynosi 20.24, lub 19.8%.

Obserwując chorych ze schorzeniami narządu oddechowego przez dłuższy czas, można powiedzieć, że postulaty ftizjologów w tej dziedzinie są zupełnie słuszne i wcale nie przesadne. Wspomnę tylko o naciekach wczesnych, które przebiegają pod obrazem ostrego zapalenia oskrzeli i typowego zapalenia płuc, w przebiegu którego stwierdzono wyjaśnienie w środku nacieku, a w plwocinie prątki Kocha.

Bez przesady można powiedzieć, że wszystkie „odoskrzelowe" i „grypowe" zapalenia płuc u studentów powinny być zawsze podejrzewane o tło gruźlicze i często kontrolowane rentgenograficznie.

To samo tyczy się zapalenia opłucnej. Na 10 przyp. zapalenia opłucnej 1 było urazowe, 9 samoistnych. Z tych ostatnich wszystkie wystąpiły na tle gruźliczym.

Wniosek stąd, że wszystkie przypadki nieżytu oskrzelowego ostrego, przewlekłego i nawracającego, wszystkie przypadki grypy o nietypowym przebiegu i wszystkie przypadki zapalenia opłucnej powinny być często kontrolowane rentgenograficznie.

Na podstawie samego badania fizykalnego nie można nigdy być pewnym, że nie ma sprawy gruźliczej w płucach.

Ponadto powinno się kierować do prześwietlenia płuc wszystkich „neurasteników", mających choćby najmniejsze dolegliwości ze strony narządu oddechowego, wszystkie przypadki dychawicy oskrzelowej i cukrzycy, gdyż często mimo ujemnego wyniku badania fizykalnego, rentgenograficznie stwierdza się zmiany, wymagające natychmiastowego leczenia.

Pamiętać należy o tym, co podkreśla Mromliński, że 54.1% przypadków nacieków wczesnych nie ma dolegliwości, 64.3% przypadków nacieków wczesnych nie ma zmian przysłuchowych ani opukowych, a 52.3% ma normalny odczyn Biernackiego.

Ilość przypadków *gruźlicy*, wymagających leczenia bądź obserwacji, w omawianym materiale waha między 1.40% a 5.4%. Leczeniem ich i obserwacją zajmuje się Przychodnia Przeciwgruźlicza. W latach 1931/2—1934/5 ilość przypadków gruźlicy płuc, skierowanych przez dwóch internistów wynosiła 47, 18, 13, 13, zaś w latach następnych 1935/6—1937/8, o których mowa, ilość przypadków gruźlicy płuc, skierowanych do Przychodni przez jednego lekarza wynosi 26—36, a więc jest znacznie wyższa niż poprzednio.

Do godnych uwagi przypadków wśród schorzeń narządu oddechowego należy student B. B., lat 19, u którego przy badaniu dla nowo wstępujących na uczelnie stwierdzono jamę w prawym dolnym płacie. Następowe wywiady zdawały się wskazywać, że jest to ropień po przebytym zapaleniu płuc, w plwocinie były skąpe włókna elastyczne. Rentgenolog na podstawie prześwietlenia zwykłego i po wypełnieniu jamy lipiodolem, wprowadzonym przez nakłucie jamy i na podstawie niewypełniania się jamy lipiodolem wprowadzonym do oskrzeli, przechylał się do rozpoznania torbieli płuca. Następowy zabieg na Klinice Chirurgicznej (prof. dr T. Ostrowski) wykazał, że miało się do czynienia z niewątpliwą torbielą wrodzoną płuca.

Odsetek *schorzeń narządu krążenia* jest niewielki. Na 2.863 osoby badane, względnie 2.267 osób chorych jest zaledwie 42 ze schorzeniem narządu krążenia, co wynosi: 1.84%. Wliczono

tu jeden przyp. zapalenia mięśnia sercowego i wady zastawkowe: 2 wrodzone i 39 nabytych. Z nabytych najczęstsze są wady zastawki dwudzielnej, rzadziej tętnicy głównej, a najrzadziej wady połączone obu zastawek. Trzy przypadki wad zastawkowych były w okresie niewyrównania, w tym pewien bokser, którego brat medyk przyprowadził do badania, bo uważał, że brat „nie jest w formie" przed zawodami. Na 41 przyp. wad zastawki było 2 przyp. złośliwego zapalenia wsierdzia *(endocarditis lenta)*.

Inne statystyki podają wyższe procenty schorzeń serca, prawdopodobnie wskutek zbyt częstego rozpoznawania niedomykalności zastawki dwudzielnej, lub z powodu zaliczenia do schorzeń serca niemiarowości oddechowej, skurczów dodatkowych lub zupełnej niemiarowości zatokowej.

Te czynnościowe zaburzenia, szczególnie skurcze dodatkowe, są częste w wieku akademickim.

Wśród lekarzy, opiekujących się młodzieżą szkolną, panuje strach przed skurczami dodatkowymi. W każdego ucznia z ekstrasystolią wmawia się chorobę serca, zwalnia od gimnastyki, miłych sportów i koniecznych ćwiczeń fizycznych. Trzeba widzieć radość tych młodych niby-chorych, gdy usłyszą, że wolno im uprawiać sporty, trzeba raz zobaczyć ich wdzięczność po ruchu, żeby się zawsze dobrze zastanowić przed wydaniem bezkrytycznego lub pochopnego zakazu.

widłowy, rana zgojona przez rychłozrost. Zabieg przed 15 laty musiał się ograniczać do drenażu.

Drugi przypadek R. M., lat 27, stud. wydz. praw, od 36 godzin bóle w dołku podsercowym i prawej stronie brzucha. Ciepłota w pasze 37.1°, nieznaczne napięcie powłok brzusznych na prawo od pępka. Przy badaniu uderza silna, ograniczona bolesność nieco powyżej punktu Mac Burneya, objaw Blumberga zaznaczony, Rowsinga ujemny. Chory określa bóle samoistne i przy badaniu jako kłujące. Wypytywany potem podał chory, że przed 3 dniami połknął plombę z zęba, lecz do tego nie przywiązuje żadnej wagi, bo plomba była mała. Natychmiastowe prześwietlenie (bez baru) stwierdziło w kątnicy cień metaliczny (plomba), kątnica bolesna, nieprzesuwalna. Następnego dnia poddano chorego zabiegowi operacyjnemu (dr Szymonowicz). Po sprowadzeniu plomby do wyrostka robaczkowego wykonano appendektomię. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Oba przypadki przedstawiono na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Trzeci przypadek dotyczy studenta S. J., lat 23, który cierpiał od 4 lat na brak apetytu, gniecenie w dołku podsercowym i biegunkę na przemian z parciem. Badaniem: bolesność uciskowa w *coecum*. Prześwietlenie przewodu pokarmowego: żołądek, dwunastnica i kiszka gruba bez zmian, kątnica prze-

Tablica I

Zestawienie ogólne

	Wizyty dom. 1933/4 i 1934/5		Ambul. 1935/36		Ambul. 1936/37		Ambul 1937/38		Razem ambul.		Ogółem	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
Osób badanych	507		756		790		810		2356		2863	
Bez zmian	36	7.1	111	14.6	130	16.4	319	39.3	560	23.8	596	20.9
Chorych	471	92.9	645	85.4	660	83.6	491	60.7	1796	76.12	2267	79.1
Zakaźne	14	3	4	0.6	3	0.4	2	0.4	9	0.5	23	1.01
Grypa	65	13.8	—	—	—	—	—	—	—	—	65	2.86
Oddech. ostre	177	35.5	32	4.9	16	2.4	22	4.4	70	3.85	247	10.86
Oddech. przewlekłe	6	1.2	129	20.0	159	24.0	99	19.8	387	21.26	393	17.28
Gruźlica płuc	7	1.40	32	4.9	36	5.4	26	5.2	94	5.2	101	4.44
Gruźlica nerek	—	—	1	0.15	3	0.4	—	—	4	0.22	4	0.16
Narząd krążenia	1	0.2	21	3.2	10	1.5	10	2.0	41	2.25	42	1.84
Pokarmowe ostre	50	10.6	15	2.3	14	2.1	12	2.4	41	2.25	91	4.00
Pokarmowe przewlekłe	13	2.7	172	26.6	175	26.5	146	29.2	493	27.14	506	22.26
W tym: wrzód XII	—	—	20	11.6	25	14.2	17	11.6	62	12.57	62	12.25
Wątroba	4	0.8	13	2.0	6	0.9	5	1.0	24	1.32	28	1.22
Cukrzyca	—	—	3	0.4	2	0.3	2	0.4	7	0.36	7	0.30
Tarczyca (nadczynność)	1	0.2	19	2.9	13	1.9	20	4.0	52	2.86	53	2.32
Inne gruczoły dokrewne	1	0.2	4	0.6	1	0.1	2	0.4	7	0.36	8	0.34
Neurastenia	7	1.4	95	14.6	142	21.5	48	9.6	285	15.65	292	12.86
Psychiczne	1	0.2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0.04
Pęcherz i nerki	15	3.1	30	4.3	21	3.1	15	3.0	66	3.60	81	3.56
Gruczoły limfatyczne i krew	5	1.0	17	2.6	7	1.0	7	1.4	31	1.70	36	1.60
Migdałki	91	19.3	15	2.3	17	2.5	25	5.0	57	3.11	148	6.52
Mięśnie i stawy	10	2.1	39	6.0	32	4.8	17	3.4	88	4.80	98	4.32
Inne	3	0.6	4	0.6	3	0.4	33	6.4	40	2.20	43	1.88

Grupa *schorzeń przewodu pokarmowego* wymaga szerszego omówienia, gdyż jest to po gruźlicy płuc — według ogólnych zestawień badań wstępujących na uczelnie — grupa najliczniejsza.

W rubryce „wizyt domowych" górują *ostre schorzenia przewodu pokarmowego*, a mianowicie ostry nieżyt przewodu pokarmowego i ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. W badaniach ambulatoryjnych przeważają schorzenia *przewlekłe*, w tym najczęściej przewlekły nieżyt żołądka.

Z ostrych schorzeń zasługują na omówienie trzy przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Pierwszy dotyczył stud. IV r. praw, K. B., lat 24. Wywiady: od 2 dni nudności i bóle w dołku podsercowym, zaparcie, ciepłota podgorączkowa, przed 15 laty operacja ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego rzekomo z usunięciem wyrostka. Badaniem fizykalnym: duża, nierówna blizna w miejscu typowym dla appendektomii. Na prawo od pępka wyraźne napięcie powłok. Objaw Blumberga i Rowsinga dodatnie. Ciepłota w pasze 37.5°, w rectum 38.7°. Mimo sprzeciwu chorego rozpoznałem ostre zapalenie wyrostka robaczkowego i namówiłem go do natychmiastowego zabiegu (dr Szymonowicz), przy którym okazało się, że wyrostek robaczkowy był długi, znacznie zgrubiały, w całości nastrzykany, na końcu kolbowato rozszerzony, wypełniony ropą. Po oddzieleniu rozległych i grubych zrostów wykonano typową appendektomię, ranę zaszyto na głucho, przebieg pooperacyjny pra-

suwalna, niebolesna, wyrostek robaczkowy niewypełniony. W 2 miesiące później nagle objawy ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy appendektomii stwierdzono śrut z dziczyzny w wyrostku robaczkowym. Po zabiegu operacyjnym ustąpiły zupełnie dolegliwości, trwające 4 lata.

Jak widać, połknięte ciała obce mogą odgrywać pewną rolę w etiologii ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, tylko nie tak wielką, jak kiedyś sądzono.

Zestawienie cyfrowe na tablicy I wykazuje, że najczęstszą chorobą ambulatoryjną jest nieżyt przewodu pokarmowego, przeważnie żołądka. Ilość przypadków w poszczególnych latach wynosi 192, 200, 163 łącznie z przypadkami wrzodu dwunastnicy.

Po dłuższej obserwacji doszedłem do wniosku, że przewlekły nieżyt żołądka występuje zwykle u studentów „dojeżdżających" codziennie do Lwowa, co zmusza ich do nieregularnego odżywiania się ilościowego i czasowego, usposabia do pośpiesznego jedzenia. Wskutek niedostatecznego żucia i szybkiego połykania mało naśliniónego pokarmu powstaje nieżyt żołądka.

Dokładne zestawienia z roku 1937/8 wskazują również na zależność między ilością przypadków a rokiem studiów.

Jak widać z tablicy II, zwiększa się ilość przypadków przewlekłego nieżytu żołądka w miarę postępu lat studiów, osiągając swe nasilenie na IV roku studiów. Spadek na V roku można wytłumaczyć mniejszą ilością studentów, którzy kończą

studia (Akademia Handlu Zagranicznego 3½, Wydział Prawa i Humanistyczny 4 lata).

Razem na 491 osób chorych w r. 1937/8. 123 cierpi na przewlekły nieżyt żołądka, a 17 na nieżyt żołądka z wrzodem dwunastnicy, razem 140 osób na 491 chorych, czyli 28.5%, a więc przeszło 1/4. To jest cyfra, nad którą nie można przejść do porządku dziennego.

Tablica II

Nieżyt żołądka i wrzód dwunastnicy a rok studiów

Rok studiów	I	II	III	IV	V	Razem
Ilość przyp. nieżytu żołądka	17	23	20	46	17	123
Ilość przyp. wrzodu dwunastnicy	3	1	5	6	2	17
Razem:	20	24	25	52	19	140

Na Zjeździe w Leysin Palmieri z Neapolu podkreślał, że trzy największe niebezpieczeństwa grożą młodzieży akademickiej we Włoszech: gruźlica, choroby weneryczne i schorzenia żołądkowe. Zdawało by się, że duża ilość schorzeń żołądkowych występuje tylko we Włoszech. Dokładne zestawienie powyższe na dość dużym materiale i przez dość długi okres czasu świadczy dowodnie, że niebezpieczeństwo schorzeń żołądkowych grozi również naszej młodzieży akademickiej.

Tu wchodzimy w zagadnienia dalsze. Według Konjetznego zapobieganie nieżytowi żołądka zapobiega wrzodowi i rakowi żołądka, bo rak żołądka nie zaczyna się nagle w późniejszym wieku, lecz jest to choroba żołądka, która trwa długo, zaczyna się nieżytem, a kończy rakiem żołądka.

Wśród ludów pierwotnych rak żołądka jest rzadkością. Snyders i Straub podkreślają, że rak żołądka u Malajów na Sumatrze jest bardzo rzadki. Tak samo Bonne na 3.885 autopsyj Malajów na Jawie znalazł tylko jeden raz raka żołądka. Wielka rzadkość raka żołądka u rodowitych Malajów nie zależy od miejsca zamieszkania, bo na tej samej Jawie mieszkający Chińczycy, Filipińczycy i Japończycy zapadają na raka żołądka i wrzód żołądka tak samo często, jak biali. Bonne sądzi, że rzadkość raka i wrzodu żołądka u tubylców na Jawie i Sumatrze może zależeć od dwóch czynników: rasowego lub trybu życia. Raczej jednak od trybu życia, bo pożywienie Chińczyków i Europejczyków zawiera dużo pożywek, a pożywienie Malajczyków nie zawiera ich zupełnie. Malajowie odżywiają się bardziej jarsko, jako mahometanie nie jedzą wieprzowiny, daleko mniej niż Europejczycy i Chińczycy używają alkoholu. Może i posty mahometańskie, ściśle przestrzegane, mają swój wpływ. Wymienione czynniki zewnętrzne wyjaśniają rzadkość raka żołądka u Malajów, bo nie występuje u nich *gastritis*, na tle której powstaje wrzód i rak żołądka. Pamiętać należy, że nieżyt błony śluzowej żołądka przy wrzodzie i przy raku żołądka jest identyczny (Konjetzny).

Zapobiegając nieżytowi żołądka, zapobiegamy najlepiej wrzodowi i rakowi żołądka.

Liczne, tanie i racjonalnie odżywiające kuchnie akademickie pod kierownictwem wyszkolonych sił mogłyby najwięcej zdziałać.

Z danych klinicznych wrzodu należy podkreślić, że na 62 tylko w 2 przypadkach nyża była obok odźwiernika, reszta, tj. 60 przyp., wykazywała nyżę w opuszce dwunastnicy, a więc wrzód dwunastnicy jest znacznie częstszy niż wrzód żołądka i częstszy niż się zwykle przyjmuje, jeżeli wynosi 11.6—14.2%, przeciętnie 12.25% schorzeń przewlekłych przewodu pokarmowego u studentów.

Objawy podmiotowe były przeważnie nietypowe. Do wyjątków należą wywiady: zgaga, odbijania i wymioty kwaśne, bóle głodowe lub w kilka godzin po jedzeniu. Najczęstszym objawem, z powodu którego zgłaszają się studenci do badania, jest zaparcie stolca, często bóle po obfitych posiłkach, z dużą ilością alkoholu, czasem bóle w prawej stronie klatki piersiowej lub pod prawą łopatką, lub po bezskutecznym wycięciu wyrostka robaczkowego. Chorych z powyższymi objawami nietypowymi, u których za czasów Leubego rozpoznano by *dyspepsia nervosa*, kierowano do badania rentgenowskiego, które wykazywało nyżę w opuszce dwunastnicy.

Również chorych z objawami nadkwaśności i wzmożonego wydzielania żołądka lub z bólami głodowymi często kontrolowano rentgenologicznie, jeżeli pierwsze badanie wypadło ujemnie, uzupełniając obraz kliniczny: badaniem treści żołądkowej na czczo i po śniadaniu białkowym, jako też badaniem kału na utajone krwawienia. Zawsze jednak badanie rentgenowskie wysuwano na pierwszy plan.

Według pory roku, najmniej przypadków nieżytu żołądka jest w styczniu i lutym, ilość przypadków wrzodu dwunastnicy (w nawiasie) waha między 0—3, najczęściej 2 na miesiąc. Zaczynając od października, zgłasza się miesięcznie 12 (2), 15 (3), 16 (1), 11 (2), 7 (2), 16, 14 (2), 15 (2), 17 (3) studentów z nieżytem żołądka, czy wrzodu dwunastnicy.

Wszyscy studenci z wrzodami dwunastnicy byli leczeni zachowawczo, dość swobodną dietą (bo poprzednio nie przestrzegając diety, nie odczuwali dużych dolegliwości), z leków stosowano: *Ext. Belladon.* z alkaliami, ostatnio oba składniki podawano po jedzeniu, oddzielnie, w odstępach ½ godz. Larostydyny nie przepisywano nigdy. Trzech studentów stosowało ją na własną rękę bezskutecznie.

Nyża utrzymywała się przeciętnie 1—3 miesięcy, rzadko ½ roku, u 2 studentów, nie przestrzegających udzielonych im wskazówek dietetycznych, a ponadto nadużywających alkoholu nyża utrzymuje się bez przerwy lub z małą przerwą przeszło 2 lata.

Z powikłań rzadko notowano szybko przemijające krwotoki, raz bliznowate zwężenie odźwiernika, wyleczone operacyjnie.

Częstość wrzodu dwunastnicy i dość swobodna dieta w leczeniu wrzodu, to są momenty, które chciałbym podkreślić.

Z ważniejszych przypadków schorzeń przewodu pokarmowego dwa omówiono na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Pierwszy dotyczy studenta uniwersytetu, lat 22, U. J., ze skurczem wpustu *(cardiospasmus)*, który ma trudność w połykaniu od dzieciństwa. Fizykalnie: typ asteniczny, wybitne niedożywienie, przepuklina nad pępkiem. Prześwietlenie przewodu pokarmowego: przełyk znacznie rozszerzony (szerszy od cienia dużych naczyń i serca), wydłużony, esowato zgięty, skurcz wpustu, żołądek atoniczny sięga 3 palce niżej grzebienia biodrowego, dwunastnica i kiszka gruba bez zmian. Młody człowiek jest dziwakiem. Ponieważ w towarzystwie nie może połykać — jada zawsze sam. Wykonując odpowiednie ruchy przeponą, połyka łatwiej. Po leczeniu ogólnym z klimatycznym włącznie i po środkach usuwających skurcz mięśni gładkich znaczna poprawa, chory je w towarzystwie rodziny, przybywa na wadze, kończy łatwo Wydział Prawa.

Drugi przypadek, opisany w Pol. Gaz. Lek., dotyczy studenta D. K., lat 26, który leczył się poprzednio poza Kliniką od 1½ roku z powodu znacznej niedokrwistości i okresowych zwyżek ciepłoty na niewyjaśnionym tle. Zgłosił się do ambulatorium z objawami wysiękowego zapalenia opłucnej. Następowa obserwacja w Klinice wykazała, że jest to poronna postać choroby Recklinghausena *(neurofibromatosis)* z kilku drobnymi guzkami w skórze, guzem (mięśniakiem) żołądka, który zropiał i był przyczyną krwotoków żołądkowych i niedokrwistości, jak i punktem wyjścia dla ropni wątroby i ropnia okołowątrobowego. Ropień wątroby wywołał odczynowe zapalenie opłucnej i płuca prawego, wreszcie jego zropienie. W końcowym okresie ropień wątroby i podprzeponowy przebił przeponę, tworząc połączenie z ropniem płuca. Wobec niedomogi serca, znacznej niedokrwistości (26% hemoglobiny), mimo przetaczania krwi, wobec obustronnego zapalenia płuc i opłucnej prawej, nacięcie ropnia okołowątrobowego było ryzykowne a nie prowadziło do celu, bo pozostawały liczne ropnie wątroby, ropień płuc i zropiały mięśniak żołądka. Jedynie wczesna operacja doszczętna, to znaczy usunięcie guza żołądka wraz z podstawą przed wystąpieniem powikłań, mogło uleczyć chorego. Niestety, brak wyraźnych objawów podmiotowych i przedmiotowych uniemożliwił wczesne rozpoznanie przed 1½ rokiem.

Schorzenia wątroby w materiale wizyt domowych wynoszą 0.8%, w badaniu ambulatoryjnym od 0.9—2%, razem 28 przypadków i 1.22%. Są to zapalenia wątroby *(hepatitis)*, według dawnej terminologii żółtaczki nieżytowe *(icterus catarrhalis)*. Wszystkie z zejściem pomyślnym. Leczenie solą morszyńską zdaje się skracać czas trwania choroby.

W materiale ambulatoryjnym spotyka się 7 przyp. *cukrzycy*, co równa się 0.3%. Wszystkie przypadki o przebiegu lekkim lub średnio ciężkim. Równowagę w przemianie węglowodanowej i zdolność do pracy osiągano stosowaniem 15—35 jednostek insuliny i odpowiedniej diety. W 2 przyp. cukrzyca łączyła się z gruźlicą włóknistą płuc.

Nadczynność tarczycy z wyraźnymi objawami ocznymi i sercowymi stwierdzono w 53 przypadkach, tzn. 2.32%, przy czym w różnych latach procent waha się od 1.9% do 4%.

Wszystkie przypadki nadczynności tarczycy leczono zachowawczo: klimatycznie (Mikuliczyn), arsen, środki uspokajające, witaminy (A i D), naświetlanie tarczycy promieniami Rtg. Na podstawie doświadczeń z ostatnich 3 lat mogę powiedzieć, że witaminy same, bądź w połączeniu z naświetlaniem Rtg. w lekkich i średnio ciężkich przypadkach nadczynności tarczycy odegrają dużą rolę.

Na tablicy III podaję zestawienie wyników stosowania witaminy A i D częściowo łącznie z naświetlaniem Rtg., w 37 przypadkach lekkich i średnio ciężkich postaci nadczynności tarczycy.

Przy podawaniu witaminy A (Cresavit „Spiess") w 2/3 przyp. brak poprawy, w 1/3 poprawa; tarczyca mniejsza, miększa, tętno wolniejsze, przybytek wagi, dobre samopoczucie.

Witaminę D (Vitavit „Spiess") podawano w 28 przypadkach. W 1/4 przypadków brak poprawy. Wyraźna poprawa prawie w 1/2 przypadków. Bardzo dobry wynik widziano w 1/5 przyp., bo w 17.8%. Zatem dobry wynik osiągnięto w 62% przypadków, a więc prawie w 2/3 przypadków. Poprawa wyrażała się zmniejszeniem tarczycy, w niektórych wól znikł zupełnie. Zmniejszał się wytrzeszcz oczu i nadmierny ich błysk. Tętno ze 108 spadało zwolna na 68—72, w jednym ze 120 na 72—84 na minutę. Znikały drżenia języka i rąk. Poprawiało się samopoczucie i apetyt. Przybytek wagi dochodził do 9 kg.

Tablica III
Nadczynność tarczycy a witaminy

	Ilość przyp.	Dawka dzienna	Łączna	Wynik	%	
Cresavit	4	3×10 kropel	1—2 fl.	brak poprawy	66	
„	2	„	5 fl.	poprawa	33	razem 6 przyp.
Vitavit	7	„	1—2 fl.	brak poprawy	25	
„	3	„	1—2 fl.	brak danych	10.7	
„	13	„	2—4 fl.	wyraźna poprawa	44.2	
„	5	„	2—4 fl.	bardzo znaczna poprawa	17.8	razem 28 przyp.
Cresavit potem Vitavit	1	„	po 2 fl.	brak poprawy		
Cresavit + Rtg.	1	„	1 fl.	poprawa		
Vitavit + Rtg.	1	„	1 fl.	poprawa		
Razem:	37					

Takich wyników nie obserwowano po środkach uspokajających i wzmacniających.

Próby stosowania witamin w lekkich i średnio ciężkich postaciach nadczynności tarczycy zachęcają do dalszych badań. Lepsze wyniki zdaje się dawać witamina D, mimo antagonizmu między tyroksyną a witaminą A. Być może, połączenie leczenia witaminami z naświetlaniem Rtg. będzie korzystne.

Poprawa w moim materiale trwa 1—2 lata. Czy będzie stała, trudno ocenić.

Nie małą grupę schorzeń stanowi *neurastenia*. Pomijając nikły procent w rubryce „wizyty domowe", ilość przypadków neurastenii waha się rocznie od 48 do 142, tj. od 9.6% do 21.5%, a więc 1/10—1/5 chorych.

Być może, że niedożywianie, nieregularny tryb życia, trudność zarobkowania, zmiana środowiska (częsta neurastenia u studentów pochodzących ze wsi), uczenie się po nocach w ostatnich tygodniach i dniach przed egzaminem, a może najważniejsze: zaburzenia w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym są przyczyną tak znacznej częstości neurastenii. W ostatnim roku ilość przypadków neurastenii wybitnie zmalała, prawdopodobnie w związku z większą ilością ćwiczeń fizycznych w gimnazjum i podczas studiów uniwersyteckich, jako też w związku z zamiłowaniem do sportów.

Jeżeli mowa o neurastenii, muszę zaznaczyć, że wielokrotnie osoby, które cierpią na przepuklinę w nadpępczu, często uważane są za neurasteników, bo badanie treści żołądkowej, kału i prześwietlanie przewodu pokarmowego nie tłumaczą ich dolegliwości, trwających nieraz latami.

Leczenie wzmacniające (arsen, żelazo, leczenie klimatyczne w Mikuliczynie) wpływa na neurastenię o wiele korzystniej, niż środki uspokajające (kozłek, brom, gardenal).

W schorzeniach pęcherza i nerek górowała kamica nerkowa: na 81 przypadków tej grupy schorzeń, było 60 przypadków kamicy nerkowej, w dwóch przypadkach leczonej operacyjnie (*pyelotomia*).

W grupie schorzeń: *gruczołów limfatycznych i krwi* nie było ani jednego przypadku pierwotnego schorzenia układu erytroblastycznego, ani jednego przypadku białaczki. Prócz ostrego zapalnego powiększenia gruczołów i przewlekłego, prawdopodobnie na tle gruźlicy było 5 przypadków schorzenia, opisanego najpierw przez Pfeiffera (1889) jako gorączka gruczołowa, potem przez Türka (1906) jako odczyn limfatyczny, przez autorów amerykańskich (1922) jako *mononucleosis infectiosa*, przez Schultza (1922) jako *angina monocytaris*, słuszniej przez innych nazwana *angina lymphatica*, ostatnio przez Glanzmanna nazywana *gorączką gruczołową z odczynem limfatycznym (Lymphämoides Drüsenfieber)*.

Wszystkie przypadki występowały sporadycznie i, co ważniejsze, tylko w latach 1933—1936. W marcu 1937 r. widziałem jeszcze jeden przypadek, który klinicznie odpowiadał obrazowi gorączki gruczołowej (ostre zapalenie migdałków, powiększenie wszystkich obwodowych gruczołów limfatycznych do wielkości śliwki, powiększenie wątroby i śledziony), niestety, decydującego w tym wypadku cytologicznego badania krwi nie można było wykonać.

Przytaczam pokrótce 5 przypadków gorączki gruczołowej:

1. L. H., lat 22. Od 2 tygodni ostre zapalenie migdałków, w ostatnich dniach naloty na migdałkach, ciepłota 40°, powiększenie gruczołów szyjnych, pachowych i pachwinowych. Zawezwany lekarz na podstawie leukocytozy 18.500 i następującego obrazu histologicznego ciałek białych: segmentowanych 8, pałeczkowych 3,0, młodych 1, eozynochłonnych 0,5, limfocytów małych 34, dużych 35, limfoblastów 6,5, monocytów 6,0, plazmatycznych 6,0, rozpoznał ostrą białaczkę limfatyczną i skierował chorego do Kliniki.

Migdałki wielkości orzecha laskowego, różowe, na lewym poszczególne czopki ropne, prawy pokryty na biegunach biało-żółtawym nalotem. Gruczoły podszczękowe, karkowe, pachowe, łokciowe pachwinowe, powiększone do wielkości śliwki. Wątroba 1½ palca niżej łuku, śledziona 3 palce niżej łuku.

Leukocytoza 24.700, ciałek czerwonych 4,920.000, Hb. 107%, segment. 9,4, pałeczk. 1,6, młodych 0,2, limfocytów 87 (przeważnie małe i średnie, dużych 6%, niektóre limfocyty podobne do plazmatycznych, uderza polimorfia limfocytów), monocytów 1,8. Odczyn Biernackiego 18 mm/godz. Odczyn Wassermanna ujemny.

Stan ogólny poprawiał się szybko, cofało się powiększenie gruczołów, wątroby i śledziony. W 2 miesiące później leukocytów 12.300, segment. 39,6, pałeczk. 12,8, eozynochłonnych 2,4, limfocytów 38,8, monocytów 6,4.

Przez następne 4 lata na zapalenie migdałków nie zapadał, stan ogólny dobry, fizykalnie bez zmian.

2. B. J., lat 22. Od dwóch tygodni zapalenie migdałków, zaostrzające się okresowo, z ciepłotą do 39,3°. Od 4 dni powiększenie gruczołów podszczękowych, szyjnych, karkowych i pachwinowych do wielkości orzecha włoskiego.

Migdałki powiększone, zaczerwienione, bez nalotów i czopków.

Gruczoły potyliczne, podszczękowe, karkowe, pachowe i pachwinowe od wielkości dużego grochu do wielkości małego orzecha włoskiego, wątroba do łuku, śledziona 1 palec niżej łuku. Leukocytoza 24.200. Ciałek czerwonych 5,630.000, Hb. 100%, segment. 24,8, pałeczk. 2,0, eozynochł. 0,4, limfocytów 71,2, monocytów 0,8, plazmatycznych 0,8. Limfocyty wykazują dużą polimorfię.

Odczyn Biernackiego 13 mm/godz. Odczyn Wassermanna ujemny.

W miesiąc później: leukocytoza 5.800, segment. 56, pałeczk. 2, eozynochł. 9,6 (!), zasadochłonnych 0,8, limfocytów 22,8 (!), monocytów 8, plazmatycznych 0,8. Stan ogólny dobry. Gruczoły drobne, śledziona i wątroba niepowiększone.

3. F. Z., lat 23. Od 10 dni znaczne osłabienie ogólne, bóle głowy, bardzo bolesny obrzęk gruczołów podszczękowych, szyjnych i karkowych do wielkości jaja gołębiego. Wątroba do łuku, śledziona 3 palce niżej łuku. Leukocytoza 7.200, ciałek czerwonych 3,920.000, Hb. 71%, segment. 22, pałeczk. 4,4, eozynochł. 1,6, zasadochł. 0,4, limfocytów 57,6, monocytów 12,4, plazmatycznych 1,6. Polimorfia limfocytów. Po 6 miesiącach leukocytoza 6.400, ciałek czerwonych 3,400.000, Hb. 72%, segment. 28,4, pałeczk. 2, eozynochł. 26,8 (!), zasadochł. 0,8, limfocytów 35,2 monocytów 6,8. W kale nie stwierdzono pasożytów ani ich jaj.

4. R. K., lat 19. Przed tygodniem zapalenie migdałków z ciepłotą do 37.5°, potem ciepłota do 40.5° z dreszczami, silne

bóle gardła przy połykaniu. Następnego dnia wśród obniżki ciepłoty powiększenie gruczołów podszczękowych, karkowych i szyjnych, pachowych i pachwinowych od wielkości grochu do wielkości orzecha laskowego. Wątroba palec niżej łuku, śledziona do łuku, twarda, niebolesna. Leukocytoza: 13.900, ciałek czerwonych 4.070.000, Hb. 78%, segment. 28,5, pałeczk. 4,5, eozynochł. 0,5, limfocytów 61,5, monocytów 5.0. W dwa tygodnie później stan ogólny dobry, gruczoły drobne, wątroba do łuku, śledziona słabo pod łukiem wyczuwalna. Leukocytoza 4.900, segment. 25,6, pałeczk. 7,6, eozynochł. 3,6, limfocytów 61,6, monocytów 1,6.

5. P. T., lat 23. Od 5 dni ból gardła, powiększenie gruczołów podszczękowych, karkowych i szyjnych do wielkości orzecha laskowego. Wątroba palec niżej łuku, śledziona wypukiem większa, pod łukiem wyczuwalna. Leukocytoza 7.100, segment. 46,8, pałeczk. 2,4, eozynochł. 4,4, limf. 46,4. Rtg. płuc bez zmian. Po 3 tygodniach gruczoły niewyczuwalne, wątroba i śledziona wielkości normalnej, obraz krwi prawidłowy.

Należy podnieść, że od ostrej białaczki limfatycznej wyróżniają gorączkę gruczołową od początku choroby stosunkowo dobry stan ogólny, brak skazy krwotocznej, nieznacznie przyśpieszone opadanie ciałek czerwonych, brak wyraźnej niedokrwistości, polimorfia limfocytów.

Na podstawie obserwowanych przypadków przychylam się do poglądu, że gorączka gruczołowa jest odczynem na specjalne zakażenie. Wszyscy chorzy z gorączką gruczołową w następnych latach czuli się dobrze, na zapalenie migdałków nie zapadali (najdłuższa obserwacja 4 lata).

Ilość *schorzeń mięśni (lumbago) i stawów* (zapalenie ostre i przewlekłe) jest dość znaczna, równa się ilości przypadków gruźlicy i ostrych schorzeń przewodu pokarmowego.

Na 2.267 chorych 1 raz widziano *nowotwór złośliwy* (mięsak kręgów), co stanowi 0.04%.

W końcu należy omówić rubrykę: *bez zmian*.

Ilościowo stanowi ona 1/5 wszystkich badanych. W roku 1935/6, cyfra studentów, u których nie stwierdzono zmian, wynosiła 111, w 1936/7 130, w 1937/8 ilość trzykrotnie wyższa, bo 319. W ciągu roku składają się na tę cyfrę (15—34 miesięcznie w r. 1937/8) studenci, którym potrzebne świadectwo lekarskie do uzyskania prawa jazdy motorami, do podania o stypendia, którzy kontrolują stan zdrowia po wykryciu gruźlicy wśród otoczenia, wskutek nagłych śmierci lub raka w rodzinie. Nagły wzrost w maju i czerwcu (68 i 81 przyp. w r. 1937/8) wynika z chęci uzyskania odroczenia terminu egzaminu na okres kilkudniowy lub powakacyjny. W dużej mierze wzrost ilości „bez zmian" zależy od wprowadzenia „Legii Akademickiej" i „Zastępczej służby wojskowej".

Śmiertelność wynosiła 0.24%, bo na 2.267 chorych zmarło 6 studentów. Rozpoznania ich: mięsak kręgosłupa, wspomniany wyżej mięśniak żołądka w przebiegu poronnej postaci choroby Recklinghausena, ropień płuca po ropniu migdałka, gruźlica prosówkowa ogólna, 2 wrzodziejące złośliwe zapalenia wsierdzia.

Rozpoznanie ułatwiają badania dodatkowe (chemiczne, mikroskopowe, serologiczne, rentgenowskie, elektrokardiograficzne, oznaczanie spalania podstawowego), z których studenci korzystają bez ograniczenia, za opłatą 50 gr w znaczkach na Dom Zdrowia w Mikuliczynie.

Leczenie ułatwia możność zapisywania leków bez ograniczeń. W odpowiednich przypadkach stosowano najnowsze leki, dostarczone przez firmy: w schorzeniach serca Folinerin „Schering-Kahlbaum" (wyciąg z liści oleandra), w schorzeniach dróg moczowych Leukotropinę „Silbe" z doskonałym skutkiem, w dychawicy oskrzelowej wielu studentom umożliwił naukę i ukończenie studiów Bronchisan (nazwa zagraniczna) lub tabletki „Silbe" (nazwa polska), potem Efedrosan i Visactin „Spiessa", obficie stosowano w nadczynności tarczycy preparaty witaminowe, Cresavit i Vitavit „Spiessa", częściowo przysłane przez firmę.

Obłożnie chorych kierowano do odpowiednich klinik lub oddziałów szpitalnych.

Patrząc wstecz na 4½-letni okres badań studentów (-ek), obłożnie chorych w domu i badanych ambulatoryjnie, należy wysnuć następujące wnioski:

Studenci, jako pochodzący z różnych województw i często wyjeżdżający na praktyki zagraniczne, mogą ulec najrozmaitszym zakażeniom i być ich nosicielami.

W ostrych schorzeniach narządu oddechowego zawsze należy myśleć o gruźlicy płuc i nigdy nie zaniedbać badania rentgenowskiego, mimo ujemnego wyniku badania fizykalnego.

Częste są zaburzenia w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym (nadczynność tarczycy) i innych, jeżeli do tej grupy zaliczyć neurastenię.

Również schorzenia migdałków stanowią znaczny procent zachorowań, jak to bywa w wieku młodym.

Z godnych uwagi przypadków opisano krótko: torbiel płuca, ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w 15 lat po rzekomej appendektomii, 2 przyp. zapalenia wyrostka robaczkowego na tle połkniętych ciał obcych (plomba zębowa, śrut), mięśniak żołądka w przebiegu choroby Recklinghausena, skurcz wpustu, 5 przyp. gorączki gruczołowej.

Lekarz chorób wewnętrznych najczęściej stwierdza wśród studentów przewlekłe schorzenia przewodu pokarmowego wskutek nieracjonalnego odżywiania się, a może wskutek nadużywania alkoholu. Tej grupie schorzeń należy poświęcić większą uwagę i zapobiegać przez odpowiednie kuchnie akademickie.

Nie tylko gruźlica, ale także schorzenia przewodu pokarmowego zagrażają naszej młodzieży akademickiej.

Piśmiennictwo

Czeżowska Z., Grabowski W. i Hornung St.: P. G. L. 218, 1932. — Długosz H.: P. G. L. 825, 1934; P. G. L. 668, 1937; P. G. L. 776, 1937; P. G. L. nr 29—30, 1938; P. G. L. nr 44, 1938. — Eismayer-Putschar: Z. Klin. Med. 120. — Hartwich A.: D. Arch. Klin. Med. 163. — Heister H.: Med. Welt. 269, 1933. — Herman K.: Med. Welt. 771, 1931. — Hopmann R.: D. Arch. Klin. Med. 142. — Hornung St.: Gruźlica. Z. 5, 1933; Lek. Polski. nr 6. 1935; Medycyna. 155, 1936; VI Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy, Wilno, 31. V. do 2. VI. 1936. Korreferat: Walka z gruźlicą wśród młodzieży; P. G. L. nr 29—30 i 31, 1933; P. G. L. 260, 1937; Zdrowie Publiczne. nr 3, 1934. — Janiszewski T.: Gruźlica. 268, 1935; Lek. Polski. Str. 26 i 57, 1936. — Janiszewski T. i J. Zdunkiewicz: Lek. Polski. 210 i 234, 1936. — Karaffa-Korbutt K.: Zarys higieny. Wilno, 1925. — Karasiński St.: Lek. Polski. nr 10, 1937; Now. Lek. 699. 1936; P. G. L. 526. 1935. — Karasiński i Ryglicki: P. G. L. 240. 1934. — Karger P.: Med. Welt. 592, 1930. — Konjetzny G. E.: Der Magenkrebs, 1938. Stuttgart, F. Enke. — Lanz: Darmkrankheiten w: Lehrbuch d. Chirurgie. I. B. Wullstein-Küttner, Jena 1923. — Latkowski J. i Karasiński St.: P. G. L. 719, 1937. — Lenhartz H.: D. Arch. Klin. Med. 159. — Marchand F.: D. Arch. Klin. Med. 110. — Mromiński Z.: Gruźlica, 459, 1937; Sprawozdanie „Opieki Zdrowotnej Lwowskich Szkół Akademickich" za rok akademicki 1931/32, 1932/33, 1933/34 i 1934/35. Lwów 1936, nakł. Komisji Senatu Akadem. U. J. K. we Lwowie dla spraw młodzieży. — Spychała W.: Lek. Polski. 130, 1936; Now. Lek. 66, 1937. — Szyfman L. i Kocen M.: P. G. L. 225, 1931. — Tyszka K.: P. G. L. 598, 1929.

Prace oryginalne

Jan TEUCHMANN Lwów

Wydalanie bizmutu drogą przewodu pokarmowego i nerek oraz wpływ siarki na jego eliminację z ustroju

Z Zakładu Farmakologii Doświadczalnej U. J. K.

Już w roku 1886 dwaj autorzy, Meyer i Steinfeld (1) stwierdzili, na podstawie bardzo licznych doświadczeń na zwierzętach, że bizmut wydala się z jelita grubego w postaci nierozpuszczalnego siarczku (Bi_2S_3), podanie siarki doustnie w różnych związkach i postaciach zwiększało wydalanie tego metalu z kałem.

Na podstawie tego spostrzeżenia Demelin (2) zastosował w terapii bizmutowej kiły równoczesne podawanie wód siarczanych, a Pautrier (3) stworzył preparat bizmutu w siarczanej zawiesinie. Obaj autorzy uzyskali podniesienie tolerancji ustroju na zwiększone ilości bizmutu w leczeniu kiły.

W praktyce wielu autorów (Heffter (4)) posługiwało się własnościami odtruwającymi siarki przy objawach zatrucia bizmutem, tak często zachodzącego przy leczeniu kiły. Pelon (5) osiągał szybkie ustąpienie objawów zatrucia bizmutem przy pomocy kąpieli siarczanych, płukań itp. zabiegów wodoleczniczych w francuskich zdrojach siarczanych. Fleurin (6) podaje jako odtrutkę przeciw bizmutowi siarkę koloidalną wewnętrznie, a Fournier (7) stosuje w leczeniu kiły bizmutem stale tabletki siarczane. Wehrsarg (8) i Bory (9) opisują dokładnie znaczenie kąpieli siarczanych w leczeniu kiły.

Bardzo liczni autorowie (Heffter (10)) stosują tiosiarczan sodowy w zwalczaniu objawów zatrucia bizmutem, podając go bądź w postaci wstrzykiwań dożylnych, podskórnych, bądź też w postaci kąpieli, płukań lub picia odpowiednich wód zdrojowych.

Istnieją jednak badacze, którzy nie potwierdzają wyników wyliczonych autorów. Między innymi Greenbaum (11) i Leonard (12) w doświadczeniu na królikach stwierdzają szkodliwe działanie tiosiarczanu sodowego, podawanego równocześnie z bizmutem, ponieważ już mniejsze ilości bizmutu po tiosiarczanie sprowadzały zatrucie zwierząt.

Hesse (13) w badaniach na królikach zestawił związki siarki obojętne i działające jako odtrutki w zatruciu bizmutem. Podaje on też spostrzeżenie, że związek mocznika i siarki działał opóźniająco na objawy zatrucia. Po 3 dniach wróciły jednak typowe objawy intoksykacji bizmutem. Ma to pochodzić stąd, że powstały związek bizmutu Bi_2S_3, jako związek nierozpuszczalny, po kilku dniach uległ rozkładowi,. przy czym nowopowstałe połączenie wchłoniwszy się wtórnie zadziałało ponownie toksycznie.

Wpływ odtruwający siarki był więc niejednokrotnie brany pod uwagę w toksykologii. W nowszych czasach Vita i Salmoiraghi (14) zbadali w licznych doświadczeniach *in vitro* oraz na świnkach morskich, wybitnie dezintoksykacyjne działanie siarki koloidalnej w zatruciu tlenkiem węgla. W tym wypadku mechanizm działania jest przez autorów wyjaśniony. Krew nasycona tlenkiem węgla, po zmieszaniu z siarką traciła charakterystyczne widmo dla COHb wskutek (jak podają) powstawania nowego połączenia nie trującego SCOHb. Świnki morskie, które dostały zastrzyk siarki koloidalnej znacznie dłużej utrzymywały się przy życiu w atmosferze tlenkowęglowej (pod kloszem) od kontrolnych oraz omdlałe łatwiej dawały się docucić. Krew ich, pobrana do analizy spektralnej, nie dawała widma COHb. W porażeniu oddychania zastrzyk siarki koloidalnej pobudzał zatrute świnki do szybkich ruchów oddechowych i ocalił od śmierci.

Te spostrzeżenia, badania i wyniki różnych autorów skłoniły nas do szukania istotnego punktu zaczepienia dla działania siarki w zatruciu bizmutem, a przede wszystkim w leczeniu kiły. Wielka bowiem toksyczność tego doskonałego środka przeciwkiłowego stoi niejednokrotnie na przeszkodzie w leczeniu, a podniesienie progu tolerancji ustroju może mieć zrozumiałe, doniosłe znaczenie praktyczne. Sądząc, że dużą rolę odgrywać może wpływ siarki na zwiększenie wydzielania bizmutu w przewodzie pokarmowym oraz wiązanie go w zwiększonej ilości w postaci nierozpuszczalnego i wtórnie nie wchłaniającego się Bi_2S_3, podjęliśmy nasze badania w tym kierunku.

I

a) *Losy siarki w ustroju* (szczególnie w przewodzie pokarmowym)

Siarka w roztworze siarczków, np. siarczku sodowego lub w mieszaninie siarczków jednometalicznych i siarkowodoru rozpuszcza się jeszcze w $pH = 6.64$, w ciepłocie 40°, tworząc przy tym wielosiarczki metaliczne, wielosiarczki wodoru, a także tiosiarczan sodu — (Kurtenacker i Bittner (15)). Prawdopodobnie powstają przy tym również pośrednie produkty, jednak jest możliwe, że te związki są mieszaniną jedno- i pięciosiarczków. Wyrazem tego przypuszczenia będzie wzór wyobrażający istotę tego zagadnienia:

$$NaHS_3 = \frac{NaHS + NaHS_5}{2}$$

Nie popełni się też błędu, jeśli się przedstawi stosunek siarki do siarkowodoru następującym wzorem:

$$4\,S + H_2S \rightleftarrows 3\,S + H_2S_2 \rightleftarrows 2\,S + H_2S_3 \rightleftarrows H_2S_4 \rightleftarrows H_2S_5$$

(Heffter (16)).

Przy zakwaszeniu reakcja przebiega w lewo, przy alkalizowaniu przebiega w prawo. W środowisku zatem kwaśnym wydziela się z wielosiarczków siarka, w alkalicznym zaś siarkowodór.

Siarka w zetknięciu z drożdżami, drobnoustrojami, wyciągami niektórych narządów, białkiem kurzem i cysteiną, tworzy siarkowodór; cyjanek żelaza, jod, nadmanganian potasu oraz zakwaszenie hamują tę reakcję. Bardzo żywo tworzy się siarkowodór przy wprowadzeniu siarki do przewodu pokarmowego w zetknięciu się z błoną śluzową i wodorem, powstającym na skutek procesów gnilnych w dolnych odcinkach jelita cienkiego oraz w jelicie grubym (Heffter (17)). Siarka łączy się z wodorem na siarkowodór i wielosiarczki wodoru (H_2Sn).

Źródłem siarkowodoru są tu również ugrupowania tiolowe (merkaptanowe) związków chemicznych tkankowych np.:

$$\begin{matrix} R-SH \\ R-SH \end{matrix} + S = \begin{matrix} RS \\ RS \end{matrix} + H_2S$$

i tą drogą wyzwala się siarkowodór w zetknięciu z błoną śluzową jelit, tkanką mięsną, głębszą warstwą skóry itp.

Siarka po zamianie w jelicie na siarkowodór, siarczki i wielosiarczki ulega wchłonieniu do krwi i tu pod wpływem CO_2, częściowo się wydala przez oddech, częściowo jako siarka obojętna może się magazynować przede wszystkim w nadnerczach (Loeper (18)). Pozostałe siarczki utleniają się na kwas siarkowy.

Podkreślić należy znaczenie wchłaniania się wielosiarczków. Cechują się one tym, że słabe przesunięcia pH w kierunku zakwaszenia powodują ich rozkład z wydzieleniem siarki, która znowu przechodzi w siarkowodór i siarczki. Ma to znaczenie przy odkładaniu się siarki zdala od wchłonięcia, np. w ognisku chorobowym. Tam też potem przychodzi do nagromadzenia się siarkowodoru i siarczków.

Głównym źródłem siarki w ustroju zwierzęcym jest siarka związana w białku, którego reprezentantem jest cysteina, aminokwas, ulegający bardzo łatwemu utlenieniu na cystynę. Próba z nitroprusydkiem sodu pozwala nam również na łatwe wykrycie grup tiolowych w białku. I tak silnie dodatnią reakcję dają: mięśnie, wątroba, biała substancja nerwowa, trzustka, niższe warstwy naskórka, cebulki włosowe itp. Ujemnie natomiast wypada ta próba ze ścięgnami, powięzią, górnymi warstwami naskórka, kością, chrząstką itp. Co do innych znowu narządów, wyniki są różne (Heffter (19)). Jednak wyżej wymienione narządy i tkanki w zetknięciu z różnymi ciałami utleniającymi nie dadzą dodatniego wyniku próby z nitroprusydkiem sodu, na odwrót w zetknięciu z ciałem redukcyjnym poprzednio ujemny wynik może wypaść dodatnio.

To niestałe oddziaływanie podobnych do siebie ciał na nitroprusydek można sobie obecnie wyjaśnić na przykładzie glutationu Hopkinsa (20), związku kwasu glutaminowego z cysteiną, który przechodzi już pod wpływem molekularnego tlenu powietrza w związki siarczkowe o wzorze ogólnym R—S—S—R, nie dające reakcji na grupę tiolową (— SH).

b) *Z farmakodynamii siarki*

Oprócz wpływu siarki w leczeniu kiły bizmutem, co już we wstępie do niniejszej pracy w zarysie podano, należy wyliczyć dość rozległe jej zastosowanie — z pominięciem kiły — i w innych schorzeniach ustroju oraz podać wyniki badań doświadczalnych wielu autorów w tych różnych dziedzinach.

W czasach, kiedy jedynie rtęć miała zastosowanie jako środek przeciwkiłowy, siarka odgrywała dużą rolę odtruwającą i wspomagającą leczenie. Autorowie francuscy podają dużo danych w tym kierunku (Loeper (21), Blanc, Flurin, Heitz, Pierret i Salles (22)). Siarka powoduje zwiększenie wydalania tak rtęci, jak i bizmutu. Stąd istnieje możliwość zastosowania większych dawek tych metali bez szkody dla chorego. Siarka w postaci siarkowodoru zamienia powstający w ustroju pod wpływem NaCl i białka nierozpuszczalny białczan rtęci na rozpuszczalny siarczan rtęci, który wydziela się szybko, a działając leczniczo, nie powoduje nagromadzenia (Loeper, l. c. (21)).

Levaditi i Howard (23), używając mieszaniny siarki katalitycznej, tj. glutationu z bizmutem, uzyskali olbrzymie wzmożenie współczynnika leczniczego tego metalu.

Perrin i Cuénot (24) znaleźli, że wody mineralne siarczane mają zdolność przekształcania jadów na związki chemiczne pozbawione własności trujących. Podobny wpływ ma wywierać zawarta w nich siarka, wobec jadów tężca i błonicy. Cechy antyanafilaktyczne i anagotoksyczne siarki stwierdził Molinery (25) na wodach w Luchon, a Niccolini (26), po wstrzyknięciu uprzednim siarki, zdołał zmniejszyć odczyny wstrząsowe na surowicę końską, wprowadzoną drogą wstrzykiwań do ustroju.

Oprócz tych własności odczulających, siarka ma wpływ na ogólne odżywienie ustroju. Po ubytku początkowym następuje wyraźny przybytek na wadze (Arloing (27)).

Mouriquand i tow. (28) zwracają uwagę na dodatni wpływ wody siarczanej w gruźlicy szczurów.

Zauważono również dodatni wpływ wody siarczanej w cukrzycy oraz dobry wpływ w antyseptyce jelitowej (Baumann (29)), a Tremolieres i Tardieu (30) uzyskiwali dobre wyniki w leczeniu niedokrwistości.

Wpływ siarki na przemianę węglowodanową badało bardzo wielu autorów (Bürgi (31), Gordonoff (32), Jeanneret

i Gordonoff (33), Murao (34), Koyasako (35), Daniel i Popesco, Buzen (36)) i wszyscy doszli do zgodnego wyniku, iż siarka powoduje zwiększenie ilości glikogenu wątrobowego, a w cukrzycy wywołuje obniżenie poziomu cukru we krwi.

Wpływ siarki, w postaci siarkowodoru, na ośrodki oddechowe, przemianę gazową i układ naczyniowy, sprawa wchłaniania jej przez skórę i przewód pokarmowy, dokładnie i wyczerpująco zostały zbadane przez Kmietowicza (37), kwestia wpływu siarki na ruchy jelitowe, porażającego resorbcję zwrotną w jelitach (Kubikowski, wyniki znane z rękopisu), wpływu przypuszczalnie moczopędnego i wydalającego kwas moczowy, a więc przeciwdnawego, została dostatecznie wyświetlona przez Koskowskiego i Dadleza (38). Z prac tych wynika, że siarkowodór najpierw pobudza ośrodek oddechowy, a potem w dawkach dużych poraża, wzmaga wentylację płuc i powoduje przejściową eliminację większych ilości CO_2. Wzrost przemiany gazowej jest przejściowy, ale wyraźny. Siarka ma powodować na drodze ośrodkowej chwilowe podwyższenie ciśnienia krwi; w dużych ilościach daje porażenie serca. W podwyższeniu ciśnienia krwi odgrywa prawdopodobnie też rolę zwiększone wyrzucanie adrenaliny z nadnerczy.

Siarka powoduje wzmożenie wydzielania soku jelitowego, wzmożenie perystaltyki, szczególnie jelita grubego (Heffter (39), wchłania się w jelicie pod postacią siarkowodoru, siarczanów i tiosiarczanów. Siarka, wchłonięta w postaci siarkowodoru, ulega wydzieleniu przez płuca, wchłonięta zaś w postaci siarczanów i tiosiarczanów, zwykłymi drogami wydalniczymi. Dodać należy, że siarka posiada wpływ przeciwgośccowy (Vincent (40)), przeciwdnawy, odtruwający (Voegtlin (41)) oraz eliminujący różne ciała, które jako środki lecznicze dostają się do ustroju człowieka.

W ten sposób podaliśmy przegląd farmakodynamicznego działania siarki w różnych jej postaciach.

Bizmut

I. Przegląd historyczny

Bizmutu starożytni nie znali. Pod nazwą „Marcasita" rozumiano piryt i cynę oraz bliżej nieznany bizmut. Na określenie tego nierozeznanego ostatecznie metalu, stworzono bardzo wiele i fantastycznych nazw, jak *Marcasita alba, Stannum glaciale, Saturnus griseus, Tectum argenti* itp. (Worm (42)). Paracelsus (1493—1541) wspomina między innymi (Basilius, Valentinus XV w., Agricola XVI w.) o „bizmucie" jako „*Secretum magicum*", używanym do celów alchemicznych.

Po odkryciu Libaviusa (Heffter (43)), który stworzył azotan bizmutu, Lefebvre'a (44) i Boyle'a (45) (tamże) z początkiem XVII stulecia, bizmut jako środek leczniczy przestaje być tajemnicą. Próbowano bizmut stosować w najrozmaitszych schorzeniach w proszku, ale poza pewnymi próbami leczenia zniekształceń w podagrze, leczenia zimnicy, dżumy, gruźlicy, raka i zastosowania w chorobach nerwowych i w kosmetyce pod nazwą *Magisterium Cosmeticum* (Koskowski B. (46)), utrzymał on się na stałe w medycynie wewnętrznej przewodu pokarmowego, święcąc swoje triumfy w epidemiach cholery (Heffter (47)).

Przed 250 laty bizmut był ostatecznie stosowany w schorzeniach przewodu pokarmowego oraz w nowszych czasach w chirurgii i chorobach skórnych, w postaci soli zasadowej azotanu bizmutu. Farmakologicznie stwierdzili Steinfeld i Meyer (1), jego działanie miejscowe, nawet przy uszkodzeniach ścian żołądka i jelit; przypuszczalny ogólny wpływ na ustrój miał być bez znaczenia z powodu nieznacznej rozpuszczalności tego metalu. Bardzo toksyczne działanie na układ nerwowy zostało wyjaśnione wówczas, kiedy zdołano uwolnić bizmut od przymieszek arsenu, ołowiu, srebra itp.

W roku 1889 Balzer (48) próbował stosować bizmut w kile, ale, po spostrzeżeniu w doświadczeniach na psie powikłań w postaci zeskórmienia rogówki oraz owrzodzeń w jamie ustnej, odrzucił zupełnie posługiwanie się bizmutem w leczeniu kiły i podał swoje wyniki jako odstręczające od podawania bizmutu w kile. W ten sposób badacz ten, mimo woli, stał się sprawcą opóźnienia o 22 lata tak istotnego już dzisiaj zagadnienia leczenia kiły bizmutem.

W roku 1905 Cannon (49) zastosował bizmut do papki kontrastowej w rentgenologii.

Rok 1922 jest przełomowy dla bizmutu i jego najrozmaitszych połączeń. W tym bowiem roku Sazerac i Levaditi (50) wprowadzili bizmut do leczenia kiły i od tego czasu piśmiennictwo dotyczące zastosowania i toksykologii tego metalu wzrosło niepomiernie.

II. Dane chemiczne

Bizmut występuje w przyrodzie w stanie rodzimym oraz po części jako trójtlenek bizmutu Bi_2O_3 i trójsiarczek bizmutu Bi_2S_3. Jest metalem lśniącym, kruchym, o czerwonawym zabarwieniu (p. topl. 271°). Bizmut silnie ogrzany spala się na trójtlenek. Z chlorowcami tworzy sole BiF_3, $BiBr_3$, BiJ_3. Przy działaniu kwasów tlenowych na metal lub jakichkolwiek kwasów na tlenek powstają sole bizmutu.

Bizmut nie tworzy związków z wodorem. Jego związki z chlorowcami ulegają hydrolizie, tworząc sole zasadowe. Tlenek Bi_2O_3 jest zasadowy, a tlenek Bi_2O_5, który tworzy nietrwałe bizmutany, jest bardzo słabo kwaśny. Bizmut daje węglan, azotan, siarczan, fosforan i inne sole, w których występuje jako pierwiastek trójwartościowy. Nie tworzy rozpuszczalnych zespolonych siarczków.

Sole trójwartościowe bizmutu tworzą przy rozpuszczeniu w wodzie nierozpuszczalne sole zasadowe, które ulegają ponownemu rozpuszczeniu (na podstawie odwracalnej reakcji) po dodaniu nadmiaru kwasu. W przypadku chlorku $BiCl_3$ i azotanu $Bi(NO_3)_3$ zachodzą następujące reakcje:

$$Bi(OH)_2Cl + 2\,HCl \rightleftarrows BiCl_3 + 2\,H_2O$$

$$BiCl_3 + H_2O \rightleftarrows BiOCl + 2\,HCl$$

Pierwszy z tych wytworów przy suszeniu traci cząsteczki wody, dając tlenochlorek BiOCl. Tlenoazotan bizmutu $Bi(OH)_2NO_3$ stosuje się p. n. *bismuthum subnitricum* w medycynie i kosmetyce.

Z połączeń nieorganicznych wymienić należy *obojętny azotan bizmutu*, z którego roztworu wodnego odszczepia się kwas azotowy oraz zasadowy azotan bizmutu.

Zasadowy azotan bizmutu, tzw. bismuthum subnitricum, albo *magisterium bismuthi*. Biały proszek, nierozpuszczalny w wodzie, nie wchłaniający się w przewodzie pokarmowym, działa osłaniająco i tylko miejscowo. Próbowano stosować w rentgenologii do papki kontrastowej. Tworząc nalot na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, ogranicza jej czynność wydzielniczą. Przy wzmożonej fermentacji w kiszkach może nastąpić redukcja azotanu na trujący azotyn, który przy nadżartej błonie śluzowej, jaka może powstać wskutek powstawania kwasu azotowego w wodnej zawiesinie $BiONO_3$ i braku silniejszego kwasu, dostaje się do krwi i daje śmiertelne zatrucia. Są to jednak warunki szczególne. Ma zastosowanie przy wrzodzie żołądka, przeciw nadkwaśności, kurczom żołądkowym, czerwonce amebowej, w przewlekłych biegunkach, przeciw glistom.

Chlorek bizmutu przedstawia się jako biały, krystaliczny proszek rozpuszczalny, który łatwo przechodzi w tlenochlorek. W medycynie nie ma zastosowania.

Tlenochlorek bizmutu, delikatny proszek, nierozpuszczalny w wodzie i organicznych rozpuszczalnikach, rozpuszcza się natomiast w kwasach. Używany w kosmetyce oraz w leczeniu *lupus*. Czasem zastępuje azotan zasadowy.

Bromek bizmutu nie ma zastosowania.

Tlenobromek bizmutu, stosowany przy nerwobólach przewodu pokarmowego.

Jodek bizmutu, szaro-czarne, nierozpuszczalne w wodzie kryształki. W zimnej wodzie jest stalszy od chlorku bizmutu, a w gorącej szybko hydrolizuje. W nadmiarze wody tworzy nierozpuszczalny, czerwony *tlenojodek*. Jeśli nie wystarczy na to wody, powstaje czarny $Bi_2O_3\,3\,HJ$. Rozpuszcza się w HJ i KJ, eterze, jodmetylenie itp.

Tlenek bizmutu Bi_2O_3 *(flores bismuthi)* powstaje przy ogrzaniu metalu na powietrzu zarówno jak przy ogrzaniu wodorotlenku, azotanu, węglanów, soli organicznych, jako też przez odwodnienie wodorotlenku przez gotowanie w ługu. Jest to żółty proszek bezpostaciowy, w wodzie nierozpuszczalny. Chłonie nieco wody, tworząc wodorotlenek bizmutu.

Wodorotlenek bizmutu $Bi(OH)_3$. Jest to biały, bezpostaciowy proszek, nierozpuszczalny w wodzie i zasadach, a rozpuszczający się w kwasach. Stosuje się go w podobnych wypadkach, jak azotan zasadowy.

Siarczek bizmutu powstaje w obecności H_2S w roztworze bizmutu w kwasie solnym, jako czarny bezpostaciowy proszek, który może się przemieniać w rombowo-krystaliczną postać. Przy żarzeniu w elektrycznym piecu traci siarkę. Siarczek bizmutu nie rozpuszcza się w zasadach. Używany był jako środek kontrastowy.

Istnieje jeszcze *koloidalny siarczek bizmutu*, używany w leczeniu kiły.

Fosforan bizmutu, stosowany również w rentgenologii, jest białym proszkiem, nierozpuszczalnym w wodzie, rozkłada się w alkaliach.

Węglan bizmutu jest to sól zasadowa, biała, w wodzie nierozpuszczalna, rozpuszcza się w kwasach. Służy do tych samych celów, co azotan zasadowy. Poza tym jako papka kontrastowa.

Istnieją jeszcze połączenia bizmutu, gdzie bizmut występuje jako anion, np. $NaBiO_3$, $Bi(CSH_2COONa)_3$.

Połączenia organiczne

Ilość połączeń organicznych bizmutu jest bardzo duża (do roku 1932 naliczono ich ponad 200); stoi to w związku z olbrzymim rozwojem leczenia bizmutowego w kile. Można by podzielić te związki według trzech grup:

1) preparaty, stosowane w leczeniu schorzeń żołądkowo-jelitowych,

2) preparaty ściągająco-antyseptyczne, do użytku zewnętrznego,

3) preparaty stosowane w leczeniu kiły.

Z wyłączeniem przeciwkiłowego środka Bismuto-Yatrenu i Embialu, właściwie żadne z tych połączeń nie może być uważane za zupełnie organiczne, albowiem prawdziwe połączenie organiczne posiada wiązanie wprost węglowo-bizmutowe.

Do pierwszej grupy zaliczają się sole prostych organicznych kwasów, jak gallusan bizmutu, metyleno-dwugallusan bizmutu, rozpuszczalny cytrynian amonowo-bizmutowy. Tu też należą Bismutoza, połączenia białkowe bizmutu oraz ***bismuthum subsalicylicum***, trójoksybenzoesan bizmutu itd. Do drugiej grupy należą związki podawane w maści lub proszku. Między innymi, octan bizmutylu ($CH_3COOBiO$), winian bizmutowy ($C_{13}H_9O_7 . COOBi(OH)_2$). Dermatol, czyli ***bizmuthum subgallicum*** ($(HO)_3CHCOOBi(OH)_2$), tlenojodogallusan bizmutu, czyli *airol* oraz tlenojodowinian. Do tychże celów służą *pyrogallol-Bi, resorcinol-Bi, tetrabrom-pyrocatechol, tetra-phenol-phthalein-Bi, xeroform* (trójbromfenol) i fenolosiarczany.

Do grupy trzeciej „przeciwkiłowej", należą: 1) zawiesiny delikatnie rozdrobnionego bizmutu metalicznego *(Neotrepol* i in.), albo pierwiastkowy bizmut w koloidalnym stanie, jako roztwór wodny lub olejowy *(Bismuthyl, Bismut. Colloidale*, i in.), albo też zawiesina tlenku lub wodorotlenku bizmutu *(Bismutol, Bismohydrol.)*, 2) roztwory prawdziwie organicznych połączeń bizmutu w organicznych rozpuszczalnikach, jak *Embial* lub w wodzie, jak *bismuto-Yatren A*, 3) połączenia bizmutu z organicznymi kwasami, szczególnie z aromatycznymi i alifatycznymi oksykwasami; są one nierozpuszczalne i bywają stosowane w olejowej zawiesinie *(Bismogenol, Mesurol, Trepol, Bismoluol, Bismuthyl oxybenz, Neocardyl, Bismolip, Quinby)*. Te połączenia bizmutu z alifatycznymi oksykwasami mają charakter kompleksów bizmutowo-kwasowych tak, iż istnieje możliwość uczynienia je rozpuszczalnymi w wodzie, jako sole alkaliczne. Należące tu winiany zasadowe bizmutu i cytryniany z powodu szybkiej ich resorbcji odgrywają najważniejszą rolę w leczeniu kiły *(Pallicid, Tartro Bi*, i in.).

Z szeregu kompleksów winianów zasadowych bizmutu pochodzi połączenie, które stosował Sazerac i Levaditi (50) w pierwszym doświadczeniu leczenia kiły. Był to winian zasadowy bizmutu w roztworze wodnym *(Luatol)*. Z powodu bolesności miejscowej, jaką preparat ten dawał, podawano go potem w olejowej zawiesinie.

III. Dane farmakologiczne

Jak wspomniano wyżej, piśmiennictwo dotyczące bizmutu w jego najrozmaitszych związkach i postaciach jest olbrzymie. Każdy nowy preparat wywołuje od razu ukazanie się licznych publikacyj, które zajmują się już nie całym zagadnieniem leczenia bizmutem, ale tylko zastosowaniem nowego leku.

Nas interesuje szczególnie zagadnienie wpływu siarki na wydzielanie lub wydalanie bizmutu z ustroju. Ażeby w tej kwestii dobrze się zorientować musimy się zająć najpierw sprawą wchłaniania, wydzielania, czy wydalania bizmutu w ogóle, zanim przystąpimy do badań stanu, jaki zachodzi w interesującym nas szczególnym przypadku. Przy tej sposobności podać należy wpływ ***vehiculum***, podział w ustroju; drogi i sposób stosowania tego metalu.

a) *Wchłanianie się Bi*

Steinfeld i Meyer (1) podjęli próbę dokładnego zbadania wchłaniania, wydzielania oraz zatrucia bizmutem. Na podstawie bardzo licznych doświadczeń na zwierzętach (żaby, ptaki, psy) doszli oni do wniosku, że zatrucie bizmutem objawia się pobudzeniem układu ośrodkowego, a w końcu porażeniem. W sercu motoryczny układ bodźcowy zostaje porażony. Jeśli zwierzę nie zginie, występują stany zapalne nerek, błony śluzowej jamy ustnej i śluzówki jelita grubego.

W dalszych badaniach dochodzą autorzy do wniosku, że siarkowodór odgrywać ma pewną rolę w wydalaniu bizmutu w przewodzie pokarmowym. Siarkowodór powstaje w reakcji zasadowej jelita grubego, strącając w tej części przewodu pokarmowego bizmut w dużych ilościach, wywołuje tą drogą objawy zapalne i nekrotyczne.

Bizmut w pierwszej fazie po wstrzyknięciu wydziela się nerkami, w ostatniej przez jelito grube.

Po podaniu doustnym siarki osiągnąć mieli autorzy „odciążenie bizmutowe" jelita grubego na rzecz żołądka i jelit cienkich, w których stwierdzono czarny osad siarczku bizmutu i nieznaczne odczyny zapalne.

Wpływ niszczący bizmutu na *bacterium coli* stwierdzili Vaughan, Harley i Surveyor (51). Można by zatem myśleć o działaniu hamującym na wyzwalanie się siarkowodoru w jelicie grubym i stąd powstawanie zaburzeń wydzielniczych i perystaltycznych (zahamowanie) byłoby zrozumiałe.

Serefis (52), badając zachowanie się bizmutu w żołądku i jelitach, dochodzi do wniosku, że sole organiczne oraz kwasy znajdujące się normalnie w soku żołądkowym i jelitowym nie przyczyniają się do utrwalenia kompleksów podanego związku bizmutowego.

Z powodu dowolnych przyczyn (patologicznych), wspomniane sole (kw. mlekowego) lub alkohole (fermentacja), powstają w dużej ilości. Są one wówczas w stanie rozbić te związki. Tak np. $BiONO_3$ wprowadzony do żołądka ulega następującym przemianom: najpierw powstaje w obecności Cl chlorek bizmutu. Chlorek bizmutu przechodzi w trwały roztwór po związaniu się z solami organicznymi i alkoholami, który to roztwór dostaje się do jelita cienkiego i tu ulega wchłonieniu.

W jelicie cienkim wchłonięcie bizmutu może być utrudnione przez H_2S, albo z powodu związania chlorku bizmutu w środowisku zasadowym przez białko. Pierwszy wypadek jest mniej prawdopodobny, albowiem w górnym odcinku jelita cienkiego zwykle nie spotyka się siarkowodoru.

Zatem wchodzić tu może w grę wpływ ciał białkowych wiążący chlorek bizmutu w roztworze. Jak wspomniano, może to się dziać tylko w środowisku alkalicznym.

Tenże autor twierdzi, że jelito grube nie może odgrywać roli w chłonięciu bizmutu z powodu natychmiastowego strącenia się Bi w tej części przewodu pokarmowego, jako Bi_2S_3, który jest nierozpuszczalny i niewchłanialny.

Stoi to twierdzenie w oczywistej sprzeczności z wynikami badań Lemay'a (53), który stwierdził wchłanialność bizmutu z odbytnicy w leczeniu kiły i zaproponował podawanie czopków z $Bi(OH)_3$, które nie dawały żadnych objawów podrażnienia miejscowego.

Podobne wyniki otrzymali Bargen, Osterberg i Mann (54), którzy podają, iż w doświadczeniach na psie znaleźli resorbcję $BiONO_3$ z wyosobnionej pętli jelita grubego w 75% i więcej (brak siarkowodoru?!).

Wracając jeszcze do kwestii zachowania się bizmutu w żołądku należy podać badania Dornera i Weingartnera (55), z których wynikało by, że sproszkowany węglan bizmutu ulega pod wpływem HCl w żołądku rozpuszczeniu, a zwiększona kwasota i zwolniona ruchliwość sprzyjają wzmożonemu wchłanianiu się bizmutu.

Taki sam skutek wywierały w tym przypadku zwiększone ilości kwasu mlekowego i masłowego. Należy się z tymi szczegółami liczyć w toksykologii bizmutu. Istnieje zatem pewna zależność stopnia wchłaniania się bizmutu z przewodu pokarmowego od stanu, w jakim się znajduje w danej chwili ten narząd, od związku albo postaci, w jakiej się bizmut doprowadza oraz od obecności nadmiaru lub braku pewnych płynów lub ciał chemicznych w żołądku i jelitach.

Już Meyer i Steinfeld (1) zwracają uwagę na to, że dla chłonienia bizmutu ma mieć znaczenie również stan śluzówki przewodu pokarmowego. Przy schorzeniach nabłonka przepuszczalność zwiększa się do tego stopnia, iż normalnie nie trujące dawki mogą stać się trujące.

Bohlen (56) doszedł do wniosku, że bizmut w postaci zjonizowanej lub koloidalnej jest bodźcem wydzielania soku żołądkowego i jelitowego; to samo pisze Feigl i Rollet (57), a Cohnheim (58) wskazuje na pobudzający wpływ bizmutu na perystaltykę przewodu pokarmowego. Heinsheiner (58) stwierdza raczej zmniejszone wydzielanie soku w żołądku *modo* Pawłow. Dalche i Villejean (60) stwierdzili, że

tlenek Bi w zetknięciu z białkiem tworzy związek białkowy rozpuszczalny w zasadach i kwasach organicznych. Lion (61) zebrał różne sole bizmutu i zmieszał je z roztworem białka kurzego i podaje, że w cieplocie 37° po 6 godzinach $Bi(OH)CO_3$ rozpuszcza się w alkalicznym roztworze białka zupełnie, gdy $BiONO_3$ i Bi_2O_3 rozpuścił się tylko w nieznacznej ilości. Zjawisko to, według niego, gra rolę w procesach wchłaniania i wydzielania soli bizmutu.

Należy nadmienić, iż Gorbaczew (62) i inni nie potwierdzają działania soli bizmutowych ani na fermenty, ani na siłę i zdolność trawienną soku żołądkowego.

Czas potrzebny do zupełnego wchłonięcia nietoksycznej dawki bizmutu podawano różnie. Engelhardt (63) znajduje średnio jeszcze po 30 dniach wyraźne ilości bizmutu w moczu.

Wchłanialność bizmutu przez skórę, stosowanego jako maść, została stwierdzona przez licznych autorów; między innymi Mariani (64) zwraca uwagę, że miejsce stosowania maści należy ogolić. Badania na ludziach przeprowadził Sicilia (65) i doszedł do tego samego wniosku.

Engelhardt (63 l. c.) określa po podaniu 4 g Bi-Yatren w maści lanolinowej ślady bizmutu w moczu jeszcze po 40 dniach.

Wchłanianie bizmutu przy stosowaniu pozajelitowym jest bardzo dokładnie opracowane, co łączy się oczywiście z tym sposobem podawania bizmutu w leczeniu kiły. Według Levaditi'ego (66), Leclerq'a (67) i Pomaret'a (68) wstrzyknięte domięśniowo połączenie bizmutu ulega różnorodnym przemianom, prowadzącym najpierw przez redukcję do powstania pierwiastkowego bizmutu w stanie koloidalnym. Ten pierwiastkowy bizmut łączy się z białkiem na białczany. Również rozpuszczalne sole ulegają przed wchłonięciem redukcji w miejscu wstrzyknięcia, tworząc *dépot* zwalniające chłonienie. Jedynie koloidalne roztwory miałyby się od razu łączyć na białczany.

Zollinger (69) usiłował podkreślić rolę leukocytów (fagocytoza) oraz krwinek w przenoszeniu bizmutu. Twierdzenie jego nie ostało się jednak wobec dokładniejszych doświadczeń innych badaczy (Levaditi (66) Lomholt (70)).

Szybkość wchłaniania bizmutu wprowadzonego drogą pozajelitową badano rozmaitymi metodami, jak metodą histologiczną, rentgenologiczną i chemiczną, oraz sposobem, który polega na oznaczeniu chemicznym stosunku wstrzykniętej ilości bizmutu do ilości wydalanego metalu drogą nerek i jelit na przestrzeni określonego czasu.

Posługując się jednym z tych 4 sposobów, bardzo wielu autorów dochodziło nieraz do podobnych wyników i stąd możemy dziś mieć względnie wyraźny pogląd na sprawę wchłaniania i wydalania bizmutu, doprowadzonego do ustroju drogą pozajelitową.

Jako ogólny wniosek, można powiedzieć za Mayserem (71), iż większy wpływ toksyczny na nerki wywiera bizmut wstrzyknięty, niż podany *per os*.

Każdy preparat ma swój czas wchłaniania się; bywa tak, że u 2 osobników te same preparaty wchłaniają się nierównocześnie (Müller i Kürthy (72)).

Sonnenberg (73) usiłował podać dokładne dane dla $BiONO_3$ na podstawie badań na 900 chorych. Stwierdził on, że przy wstrzyknięciu w przeciągu kilku dni 1,5 g $BiONO_3$ potrzebny jest do zupełnego wchłonięcia czas najkrótszy 35 dni, najdłuższy 55 dni. Po pierwszym wstrzyknięciu wchłania się 1/55 wstrzykniętej ilości bizmutu i taki sam ułamek ulega w każdym następnym dniu wchłonięciu. Ostatecznie drogą sumowania się, działanie środka dochodzi do szczytu po zaprzestaniu podawania go.

Yernaux (74) wygłasza zdanie, że „wchłanianie i wydzielanie bizmutu jest proporcjonalne do obecnej w ustroju ilości tego metalu". Zapas bizmutu zmniejsza się do połowy w 8 tygodniach, a pozostałość znowu zmniejsza się do połowy w następnych 8 tygodniach itd., aż dochodzi do zupełnego zniknięcia plomby. To swoje spostrzeżenie nazywa Yernaux (74) „*période divisionaire*".

Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się domięśniowe wstrzykiwania, albowiem w praktyce bizmut w leczeniu kiły podaje się zwykle w iniekcjach śródmięśniowych. Idzie przede wszystkim o czas potrzebny do zupełnego wchłonięcia oraz wydalenia wstrzykniętej ilości bizmutu podanego w serii leczniczej. Dokładnego jednak rozwiązania tego zagadnienia nie dają nam różnorakie wyniki autorów.

Beinhauer i Jacob (75), badając metodą rentgenologiczną, podali czas 5 tygodni (37 dni), potrzebny do zupełnego wchłonięcia 0.1 g Bi, podanego w preparacie „*Neotrepol*", *Bi-Chininojodatum* wchłaniał się przez 4 tygodnie, winian potasu bizmutu w oliwie 8 tygodni, a salicylan bizmutu w zawiesinie kreozol-oliwa 9 tygodni.

Gordon i Feldmann (76) rozróżniają szybkie wchłanianie (6 tygodni) i zwolnione (9 tygodni) i wykazują, iż preparaty należące do ostatniej grupy, jako mniej niebezpieczne, można stosować 2 razy w tygodniu, inne natomiast jeden raz. Jednak są badacze, którzy dla tych samych preparatów znajdują znacznie dłuższy czas wchłaniania. Cole i Farmer, Miksdjan (77), doszli do takich wyników, że i 22 tygodnie nie wystarczają. Salicylan Bi, według Sauton (78), wchłania się w przeciągu 1 tygodnia, Gruhzit'a (78) 9 dni, Jobst'a (80) 3 tygodnie, a według wspomnianych już Beinhauera, Jacoba (75) 9 tygodni. Podobne, tak bardzo rozbieżne cyfry, podają i dla innych postaci i związków bizmutu. Ma tu odgrywać pewną rolę miejsce wstrzyknięcia bizmutu, głębokość, postać oraz dokładność badania i obserwacji. Zdarzało się bowiem, że w tych samych warunkach różni autorowie otrzymywali bardzo odmienne wyniki.

Dlatego też szukając pewniejszych wyników, zastosowano metodę chemiczną badania. Polega ona na tym, że po domniemanym czasie zupełnego wchłonięcia wstrzykniętego *dépot* bizmutu, zwierzę zabijano i oznaczano przypuszczalne resztki metalu, pozostałe w mięśniu. Starano się uchwycić ten moment, w którym dało by się jeszcze subminimalne ilości chemiczne stwierdzić.

Gruhzit, Tendick i Sultzaberger (81) podali, na podstawie jakościowej analizy chemicznej, pierwszą tabelę ilustrującą czas potrzebny do zupełnego wchłonięcia z miejsca iniekcji *(m. adductor)* bizmutu wstrzykniętego z rozmaitych związków.

Zastosowane preparaty Bi (odpowiadające 25—76 mg pierwiastkowego bizmutu)	Wchłonięta ilość 8 dni		14 dni		17—21 dni	
	mg	%	mg	%	mg	%
Bi Salicylicum zawiesina w H_2O + 10% kamfory i 10% kreozotu	43.3	67.4	42.8	92.8	41.95	94.8
Bi oleat	—	—	16.0	45.7	20.7	59.2
K_2Bi P w Butyn ($C_{18}H_{20}N_2O_2$)	12.7	46.7	23.2	93.0	38.8	90.9

Najszybciej wchłonił się salicylan bizmutu, przy czym *vehikulum* ma odgrywać drugorzędną rolę.

Inne zupełnie stosunki zachodzą przy zastosowaniu preparatów rozpuszczalnych w wodzie i nie strącających się. Gruhzit i Sultzaberger (82), stosując metodę mikrochemiczną nie mogli znaleźć bizmutu w miejscu wstrzyknięcia już po 2 godzinach.

Spirobismol solubile (preparat rozpuszczalny w lecytynie), wstrzyknięty w ilości 15 mg Bi domięśniowo, zmniejszył się w 6 dniach do 10 mg, a po 13 dniach pozostało już z tej ilości tylko 3.5 mg (Müller i Kohlenberger (83)), wstrzykując dalej różnym zwierzętom i człowiekowi potwierdzili oni, z bardzo małymi zmianami, swoje pierwotne wyniki. Badając tę samą kwestię Oettingen, Sollmann i Todd (84) stwierdzają, że roztwory wodne ulegają znacznie szybszemu wchłonięciu niż olejowe, przy czym koty są znacznie wrażliwsze na bizmut i wchłaniają go bardzo szybko w porównaniu z innymi zwierzętami, albowiem już w 10 dni po iniekcji 100% wstrzykniętego metalu uległo resorbcji. Dodać tutaj należy, że masaże w miejscu wstrzyknięcia przyśpieszają wydatnie resorbcję (Boyd (85)).

Prawie każdy autor opisuje preparat, który ma inną dla siebie charakterystyczną krzywą wchłaniania. Chylewski (86) podaje, że *cardyl* wchłania się szybciej od nierozpuszczalnych preparatów bizmutu. Przy tym jednak preparacie możemy myśleć o swoistym wpływie grupy tiolowej, jaka w *cardylu* się znajduje. Dla przykładu możemy jeszcze wymienić Hanzlika i Spauldinga (87), którzy wprowadzili do leczenia swój preparat jodo-bismitol (Na_2BiJ_5), jako najłatwiej i najszybciej się wchłaniający. Podają bowiem, że po 24 godzinach od wstrzyknięcia wchłonął się jon w 75%.

Ostatecznie możemy wraz z licznymi badaczami powiedzieć, że związki rozpuszczalne bizmutu wchłaniają się szybciej, a nierozpuszczalne lub strącające się w miejscu wstrzyknięcia, wolniej. Roztwory wodne znacznie szybciej ulegają wchłonieniu od roztworów, czy zawiesin olejowych, przy czym oleje mineralne są znacznie cięższym, trudniej wchłaniającym się środowiskiem od olejów zwierzęcych lub roślinnych.

Histologiczne badania Levaditie'go, Nicolau'a i Schoen'a (88) stwierdziły impregnację włókien mięsnych i leukocytów bizmutem wstrzykniętym domięśniowo w zawiesinie wodnej. Bizmut w zawiesinie olejowej po 24 godzinach zabarwia je na żółto, co ma być wyrazem rozpuszczenia się wstrzykniętego materiału w tkankach. Po 5 dniach znaleziono partie bizmu-

tu otoczone wałem leukocytów i komórek plazmatycznych, zupełnie jak przy nacieczeniu leukocytarnym i fagocytozie. Na podstawie oceny preparatów histologicznych jasną się staje nierównomierność procesu wchłaniania tych samych preparatów. Oto stwierdza się w jednych preparatach mniej, w innych więcej popękane, a nieraz zupełnie rozdarte naczynia krwionośne. Niejednokrotnie plomba bizmutowa wywołuje anemizację tkanki otaczającej, albo czasami ogniska nekrotyczne (Levaditi (89)).

C. d. n.

Lewi PASTEL Lwów

W sprawie ostrego zapalenia mięśnia sercowego

Z Oddziału Wewnętrznego Żeńskiego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Ordynator: Dr Antoni Falkiewicz

Fakt występowania stanów zapalnych mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych jest znany od bardzo dawna. Pierwszy Laennec zwrócił uwagę na głuchość tonów serca u osób gorączkujących. W dalszych latach Virchow, a potem Bamberger uzupełnili wiadomości o schorzeniach mięśnia sercowego w przebiegu chorób zakaźnych. Dopiero jednak Fiedler w roku 1889 zwrócił po raz pierwszy uwagę na istnienie stanów zapalnych mięśnia sercowego, przy których brak jakichkolwiek podstaw etiologicznych; w szczególności brak w takich przypadkach choroby zakaźnej, zarówno będącej w toku, jako też podawanej w wywiadach. Tę jednostkę chorobową, cechującą się typowym wyglądem zmian anatomicznych i bardzo trudnym do uchwycenia zespołem cech klinicznych, określił Fiedler mianem: *„myocarditis acuta"*.

Od tego czasu prace dotyczące tej choroby są nieliczne. Przyczyną tego jest przede wszystkim rzadkie występowanie tego schorzenia, a następnie duże trudności rozpoznawcze, które sprawiają, że dopiero w czasie sekcji staje się zrozumiała istota schorzenia, nierozpoznanego klinicznie. Z tego też powodu większość prac dotyczących tego tematu zajmowała się bardzo szeroko lub prawie wyłącznie anatomią patologiczną, nie starając się o szczegółowe i wyraźne stworzenie obrazu klinicznego tego schorzenia. Przyczyną tego było również zdanie większości autorów, że ostre zapalenie mięśnia sercowego czyni od razu beznadziejnym rokowanie przypadku; dopiero prace i spostrzeżenia lat ostatnich pozwoliły zmienić zapatrywanie co do tego poglądu. Stało się to głównie dzięki udoskonaleniom metod rozpoznawczych, pomocnych w określeniu schorzeń serca nawet w takich przypadkach, w których obraz kliniczny nie daje podstaw do przyjęcia uszkodzenia narządu krążenia.

Obraz zmian *anatomo-patologicznych* ostrego zapalenia mięśnia sercowego jest dość jednolity w naświetleniu rozmaitych autorów. Serce jest w znacznej większości przypadków kuliste, powiększone zarówno wskutek rozstrzeni jam (Nowicki), jako też z powodu zgrubienia mięśnia. Mięsień jest przeważnie kruchy, rzadko oporny (Kierrgaard), niekiedy daje się z przekroju zetrzeć brudno-żółtawa masa (Saltykow). Barwa mięśnia na przekroju jest szarawo-czerwonawa z mniej lub więcej zaznaczonym żółtawym odcieniem. Na tle tym występują szaro-żółtawe plamki lub pasemka. Niekiedy mięsień jest zabarwiony prawidłowo, a plamki i pasemka mają ową szaro-czerwonawą barwę (Fiebach, Lemke). W niektórych przypadkach (Saltykow) plam, ani pasm w ogóle nie widać, w innych wystają one ponad poziom przekroju. Wsierdzie i osierdzie zwykle nieznacznie zgrubiałe, zastawki niezmienione. W poszczególnych przypadkach (Fiebach) spotykano zakrzepy przyścienne w jamach serca.

Drobnowidowo główną zmianę stanowi naciek drobnokomórkowy bądź rozlany (Nowicki), bądź mnogo-ogniskowy o ogniskach niezwykle gęsto rozmieszczonych. Naciek ten obejmuje cały mięsień sercowy, głównie jednak mięsień lewej komory. Składa się on z rozmaitych elementów komórkowych, jak limfocyty, leukocyty obojętno-kwaso- i zasadochłonne, komórki plazmatyczne, fibroblasty oraz mięsne komórki olbrzymie (Nowicki), opisywane przez autorów jako wyraz zmian wytwórczych w mięśniu sercowym. Wzajemny stosunek ilościowy tych tworów komórkowych bywa najrozmaitszy. Fibroblasty mają się ukazywać głównie w otoczeniu naczyń. Obok tych wyraźnych zmian w istocie śródmiąższowej, spotykamy również wybitne zmiany w samych włóknach mięsnych. Zatracają one zupełnie lub tylko częściowo prążkowanie poprzeczne. Niekiedy (Fiebach) występuje bardzo wyraźnie na pierwszy plan prążkowanie podłużne. Poza tym włókna mięśnia sercowego są obrzękłe, zziarniałe i stłuszczone (Nowicki). Ilość i wygląd ich jąder są według jednych autorów (Fiebach), niezmienione, według innych (Saltykow) ilość jąder jest mniejsza, według niektórych (Boikan) są one liczniejsze i większe. Szczególne miejsce zajmuje przypadek Lemkego, w którym na pierwszy plan wysunęły się zmiany miąższowe pod postacią ognisk bardzo daleko posuniętej martwicy, podczas gdy nacieki komórkowe stanowią zmianę, jak gdyby drugorzędną. Trzecim obok włókien i istoty międzywłókienkowej składnikiem mięśnia sercowego, wykazującym zmiany w ostrym jego zapaleniu, są naczynia krwionośne. Śródbłonek ich ma często skłonność do bujania, które może prowadzić do zamknięcia światła naczyniowego. Wszystkie opisane zmiany wskazują wyraźnie, że istotą zmian w przytoczonych przypadkach jest zapalenie. Objęty jest stanem zapalnym zarówno miąższ, jak i istota śródmiąższowa mięśnia sercowego. Wobec tego niewłaściwe są określenia „miąższowego" lub „śródmiąższowego" zapalenia mięśnia sercowego, używane przez tylu autorów. Wobec istnienia w większości przypadków wyraźnych zmian również w naczyniach krwionośnych, wątpliwa jest sprawa mechanizmu powstania schorzenia. Toteż spory na temat patogenezy zapalenia podostrego i przewlekłego w mięśniu sercowym, mające na celu wyświetlenie, jaka tkanka ulega uszkodzeniu pierwotnemu, muszą objąć także naszą jednostkę chorobową. Jak wiadomo, Köster i Riegel uważają za ten składnik komórki mięsne, Bard i Philippe istotę śródmiąższową, zaś Weigert, Gull, Leyden i Litton naczynia krwionośne.

Poza zmianami w sercu nie znajdowano zmian w innych narządach. Tak przynajmniej twierdziła przeważna część dawnych autorów. Dlatego też schorzenie to określano rozmaitymi nazwami, podkreślającymi owo wyłączne zajęcie jednego tylko narządu. Stąd nazwy: *„myocarditis idiopatica"*, *„primaria"* *„isolated myocarditis"*. Z biegiem czasu pogląd ten uległ jednak zmianie. Okazało się mianowicie, że serce jest głównym, ale nie jedynym siedliskiem zmian chorobowych w organizmie. Ze spraw istniejących obok schorzenia samego mięśnia sercowego wyłączyć oczywiście należy następstwa niewydolności krążenia, jak zastój żylny i zawały w narządach oraz przesięki do jam ciała. Zaliczymy do nich natomiast zmiany takie, jak zapalenie gruczołu tarczowego (Kierrgaard), ostre zapalenie nerek (Maxwell i Barret), odoskrzelowe zapalenie płuc (Lemke), przewlekły nieżyt żołądka, przewlekłe zapalenie nerek (Fiebach). Zmiany te, których związek z ostrym zapaleniem mięśnia sercowego jest niejasny są znamienne, niemniej mają one w całym obrazie anatomo-patologicznym charakter wyraźnie drugorzędny. Fakt ten pozwala wyróżnić tę postać ostrego zapalenia mięśnia sercowego spośród postaci innych, powstałych na tle zakażenia ogólnego wyraźnego i łatwo dostępnego rozpoznaniu. Chodzi o zapalenie mięśnia sercowego w przebiegu lub w łączności z chorobami zakaźnymi, jak: błonica, gościec stawowy, grypa, dur brzuszny oraz płonica, odra, dur osutkowy, zapalenie płuc, krztusiec, rzeżączka itp.

Jak z powyższego krótkiego zestawienia głównych zmian anatomo-patologicznych wynika, obraz ich jest dokładnie opracowany i dość jednolity w pracach rozmaitych autorów.

Inaczej zupełnie przedstawia się sprawa obrazu klinicznego tej jednostki chorobowej. Wszyscy dawniejsi autorowie podnoszą znaczne trudności rozpoznawcze i bardzo nietypowy przebieg schorzenia. Maxwell i Barret twierdzą: „żaden przypadek ostrego śródmiąższowego zapalenia mięśnia sercowego nie został rozpoznany za życia". Tego samego zdania jest Saltykow; Rühle i Frentzel przypuszczają, że „schorzenie to występuje często i nie musi kończyć się śmiertelnie", nie uzasadniają jednak tego twierdzenia żadnymi przypadkami. Ostatnie lata przynoszą radykalną zmianę poglądów na ten temat; dzięki bowiem wprowadzeniu elektrokardiografii udaje się obecnie wykryć bezobjawowe schorzenia mięśnia sercowego. Zestawienie elektrokardiogramów (EKG) z przebiegiem klinicznym pozwala rozpoznać za życia ostre zapalenie mięśnia sercowego. Okazuje się, że schorzenie to, aczkolwiek nie bardzo częste, nie jest jednak tak rzadkie i wyjątkowe, jak to sądzono dawniej. Może ono mieć rozmaite nasilenia, a rokowanie niekoniecznie musi być od razu niepomyślne. Dzięki też tej metodzie zwiększa się obecnie ilość obserwacyj klinicznych ostrego zapalenia mięśnia sercowego i słusznie podkreśla Kierrgaard, że w przypadkach lżejszych jest EKG jedyną metodą rozpoznawczą.

Z dawniejszych obserwacyj klinicznych, którymi zajmiemy się szerzej przy omawianiu własnych przypadków, wynika, że schorzenie to przebiega gwałtownie wśród silnych zwyżek ciepłoty ciała do 40°. W sercu występuje ból i uczucie ucisku. Objawy ogólne, jak uczucie rozbicia, ból głowy i wymioty stwa-

rzają obraz ciężkiego schorzenia, któremu chory ulega wśród objawów ogólnej niewydolności krążenia.

Prace nowsze, wśród których wyróżnia się praca Kierrgaarda, zajmująca się stroną kliniczną schorzenia oraz prace Quinckego, Freundlicha, Dresslera i Kissa oraz Mortensena dotyczące EKG, w dużej mierze uzupełniają i zmieniają dawne spostrzeżenia. Materiał to jednak zbyt skąpy dla stworzenia jasnego obrazu klinicznego schorzenia, dlatego uważamy za właściwe zająć się kilkoma przypadkami, które mieliśmy sposobność badać.

Przypadek 1. I. S., mężatka, lat 30, żona maszynisty kolejowego. Pierwszy pobyt na oddziale od dnia 3. XII. 1935 r. do dnia 11. XII. 1935 r.; drugi od dnia 30. XII. 1935 r. do dnia 1. III. 1936 r.

Podaje w *wywiadach*, że przed obecną chorobą nigdy nie chorowała. Miesiączkowała zawsze regularnie, trzy razy rodziła, dwa razy roniła w 6. i 8. m. ciąży. Jedno z dzieci zmarło z nieznanej przyczyny. Co kilka dni miewa skąpe upławy. Od 7 miesięcy czuje się niezdrowa, miewa puste odbijania, uczucie czczości w żołądku, brzuch jest stale wzdęty, wymiotów nie miała, stolec zaparty, oddaje co 3—4 dni. Równocześnie z powyższymi dolegliwościami odczuwała każdorazowo po spożyciu pokarmu tępy lub kłujący ból w okolicy serca, miewała uczucie bicia lub omdlewania serca. Przed snem ból się wzmagał. Objawy powyższe trwają w zmiennym nasileniu do dnia przybycia na oddział, przy czym od dwóch miesięcy dołączył się do nich kaszel, połączony z kłuciem w całej klatce piersiowej i z odpluwaniem małych ilości plwociny. Wszystkim opisanym objawom towarzyszy uczucie ogólnego osłabienia.

Stan obecny (3. XII. 1935): chora dobrze odżywiona, średniego wzrostu, ciepłota ciała prawidłowa. Liczne spróchniałe zęby. Płuca bez zmian. Serce wypukiem w granicach prawidłowych, nad końcem i resztą ujść po dwa czyste, głośne, dobrze oddzielone tony, tętno dobrze napięte, miarowe, przyśpieszone, około 120/min. Wątroba i śledziona niepowiększone, kończyny dolne nieobrzękłe. *Badanie moczu:* bez składników patologicznych. *Badanie plwociny* prątków Kocha nie wykazało. *Odczyn Wassermanna* ujemny. *Badanie treści żołądkowej:* I. nie uzyskano treści; II. HCl 10, kw. og. 35; III. HCl 30, kw. og. 55. *Badanie stolca:* bez składników patologicznych. *Prześwietlenie klatki piersiowej:* pola płucne i cień środkowy bez zmian. *Prześwietlenie żołądka:* żołądek o zmiennym *tonus*, sięga biegunem 2 palce poniżej grzebienia kości biodrowej, perystaltyka chwilami żywa, pogłębiona. Poza tym żołądek i dwunastnica bez zmian.

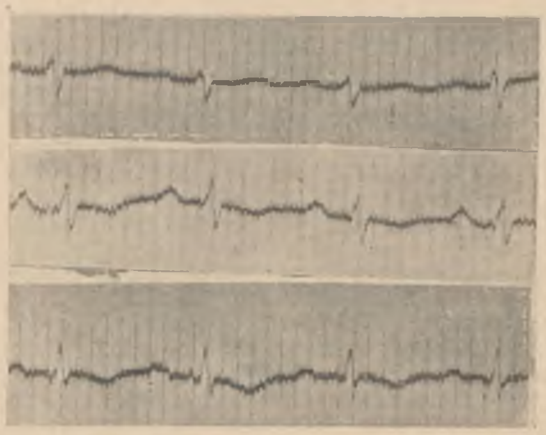
Wobec zupełnego braku podstaw do przyjęcia jakiegokolwiek schorzenia organicznego, wypisano chorą do domu jako nie wymagającą leczenia szpitalnego. W czasie 9-dniowego pobytu na oddziale chora raz jeden miała wieczorną zwyżkę ciepłoty ciała do 37,7°; poza tym nie gorączkowała. Natomiast tętno było szybkie, utrzymując się w granicach 96—120/min. Objaw ten przy braku jakichkolwiek danych do szukania zmian w narządzie krążenia uważano za wyraz sprawy czynnościowej i przypisywano zdenerwowaniu chorej spowodowanemu niezwykłymi dla niej warunkami szpitalnymi. Rozpoznano też nerwicę ogólną u osobnika z opadnięciem żołądka.

Jednak w 19 dni po opuszczeniu szpitala, chora zgłosiła się doń powtórnie podając, że czuje się bardzo źle, że miewa co dzień silne bicie serca po nieznacznych ruchach w łóżku i po jedzeniu. Zjawiło się uczucie gniecenia w dołku podsercowym i często występująca duszność. Silne osłabienie, puste odbijania i kaszel utrzymują się jak dawniej. Przed dwoma dniami gorączkowała (39,6°). Od wczoraj odczuwa kłucie pod lewą łopatką. Stolec zaparty, łaknienie znacznie upośledzone.

Stan obecny (30. XII. 1935): chora porusza się na łóżku z trudnością, jest sinawa, oddechy dość szybkie. Lekko podsychający język, zaczerwienienie błony śluzowej gardła i łuków podniebiennych. Klatka piersiowa: wypuk nad płucami jawny, przysłuchem szmery pęcherzykowe, przykryte w dolnych partiach po obu stronach, wyraźniej po stronie prawej, zarówno z przodu, jak i z tyłu licznymi rzężeniami i trzeszczeniami. Narząd krążenia: serce wypukiem w granicach prawidłowych, nad końcem i resztą ujść po dwa czyste, dobrze oddzielone tony. Tętno miękkie, miarowe, szybkie 120/min.; RR. 110/60. Wątroba tkliwa sięga na palec poniżej łuku żebrowego. Śledziona nieznacznie powiększona, twarda. Kończyny dolne nieobrzękłe. *Badanie moczu:* białko obecne; w osadzie wałeczki ziarniste i ciałka białe. *Badanie krwi:* c. białych 10.500, w preparacie: segm. 74%, pałeczk. 3%, kwasochł. 2%, limfoc. 17%, monoc. 4%.

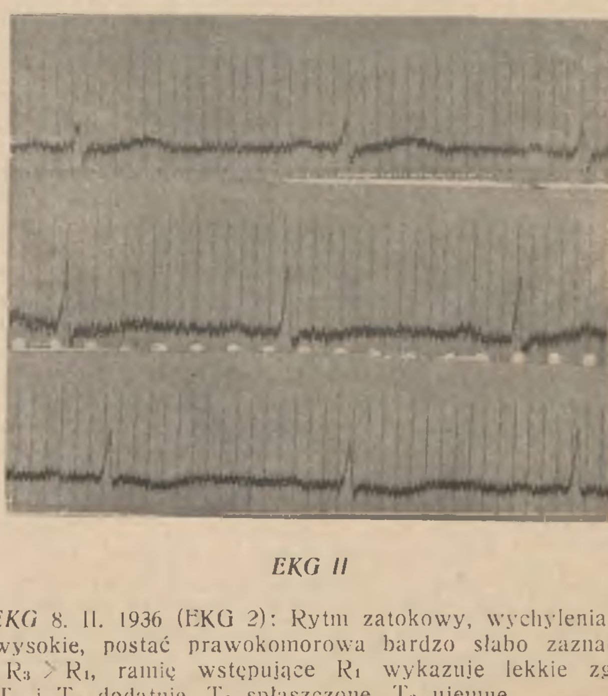
EKG (EKG 1): rytm zatokowy, postać prawokomorowa, niskie wychylenia, $R_2 > R_3 > R_1$, P-R prawidłowy. Ramię wstępujące R_2 wykazuje zgrubienie. T_1 płaskie, T_2 i T_3 ujemne.

Badanie dna oka: rozszerzenie żył.



EKG I

Od chwili przybycia na oddział chora gorączkuje, przy czym zwyżki ciepłoty były nieduże (37,6°—37,8°) a różnica pomiędzy ciepłotą ranną a wieczorną rozmaita (0,2°—1,0°). Zwyżki ciepłoty ciała utrzymywały się przez 12 dni, po czym ciepłota pozostawała na poziomie prawidłowym, przerwanym raz tylko dwudniową zwyżką w 17 i 18 dniu pobytu na oddziale. Nieco później od ciepłoty ciała zaczynają się cofać także inne objawy choroby. Ogólny stan chorej przez pierwsze 12 dni pobytu w szpitalu bardzo ciężki, a wyrażający się wybitną sinicą nosa, policzków, warg i kończyn, mierną dusznością utrzymującą się prawie bez przerwy, kaszlem i bardzo znacznym osłabieniem ogólnym, zaczyna się z każdym dniem poprawiać po spadku gorączki. Równocześnie zmniejsza się ilość rzężeń, które znikają początkowo po lewej, potem po prawej stronie. Znika obrzęk okolicy lędźwiowej, który zjawił się w 8 dniu pobytu na oddziale. Zmienia się stopniowo tętno: początkowo bardzo szybkie i miękkie, poprawia się równocześnie ze stanem ogólnym, dochodząc w 12 dni po ustaniu gorączki do 84/min. Wykonane wówczas prześwietlenie klatki piersiowej wykazuje pola płucne jasne, serce nieco większe o kształcie trójkątnym. Obraz ten pozostał niezmieniony do chwili opuszczenia szpitala. *Opadanie krwinek* wykonane w 5 dni po spadku gorączki wynosiło 8 mm/godz. Przy końcu pobytu na oddziale chora miała się tak dobrze, że można jej było usunąć 5 próchnicowych zębów. Wykonane wówczas *badanie laryngologiczne* wykazało przewlekłe zapalenie migdałków.

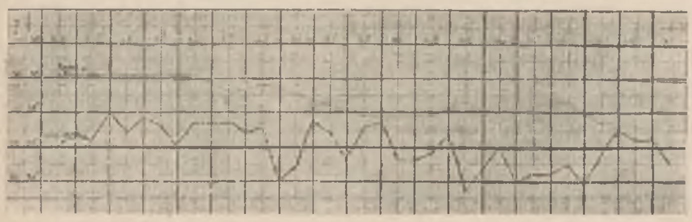


EKG II

EKG 8. II. 1936 (EKG 2): Rytm zatokowy, wychylenia miernie wysokie, postać prawokomorowa bardzo słabo zaznaczona; $R_2 > R_3 > R_1$, ramię wstępujące R_1 wykazuje lekkie zgrubienie. T_1 i T_2 dodatnie, T_2 spłaszczone, T_3 ujemne.

Leczenie chorej polegało na przestrzeganiu zupełnego spokoju, podawano lód na okolicę serca i tlen do wdychiwania. Poza tym chora otrzymywała w zastrzykach strofantynę z glukozą, kamforę ze strychniną i hexeton z kofeiną. Po kilku dniach zastąpiono strofantynę digitolem podawanym doustnie, a w miarę poprawy stanu zmniejszano liczbę środków.

Omówienie. Przypadek powyższy dotyczy młodej osoby, dotychczas zawsze zdrowej, u której od 7 miesięcy wystąpiły dolegliwości świadczące o zmianach w przewodzie pokarmowym, a połączone z ogólnym osłabieniem i nieznacznymi skargami na serce. Wobec zupełnie ujemnego wyniku badania przedmiotowego i badań pomocniczych i wobec rażącej niewspółmierności między tymi wynikami a skargami chorej, wypisano chorą ze szpitala. Wydawało się bowiem, że chodzi w niniejszym przypadku o osobę dotkniętą ogólną nerwicą i że dolegliwości jej są pochodzenia czynnościowego. Tymczasem chora zgłasza się powtórnie po 19 dniach w ciężkim stanie, z objawami niewydolności krążenia (sinica, duszność, zastój w płucach, obrzęk wątroby, śledziony, białkomocz); towarzysząca tym objawom gorączka nasuwała początkowo podejrzenia o gruźlicę prosowatą płuc, jednak zmiany EKG dowodzące ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego oraz przebieg całego schorzenia, pozwalają tu rozpoznać ostrą sprawę zapalną mięśnia sercowego. Zwraca uwagę brak wyraźnych skarg na dolegliwości narzadu krążenia w pierwszym wstępnym okresie cierpienia; objawy te nie występowały prawie zupełnie wobec dolegliwości żołądka zajmującymi pierwszy plan. Następnie godną uwagi jest niewspółmierność pomiędzy istotnym stanem układu krążenia, a objawami przedmiotowymi. Fizykalnie stwierdzono jedynie znaczne przyśpieszenie tętna, które dopiero na szczycie



Ryc. 1

schorzenia stało się miękkie (RR. 100/60). Nad sercem, zarówno wypukiem, jak i przysłuchem, poza przyśpieszeniem czynności nie stwierdzono przez cały przebieg schorzenia żadnych zmian, mimo istnienia całego zespołu objawów niewydolności krążenia. W obrazie Rtg. dopiero na szczycie choroby zaznacza się zwiotczenie mięśnia sercowego. Gorączka (ryc. 1) o przebiegu nietypowym, ustępuje szybciej, aniżeli inne objawy. Od chwili jej spadku zaczyna się poprawiać stan ogólny. EKG o wyraźnych cechach uszkodzenia mięśnia sercowego, wykazuje po ustąpieniu objawów daleko idącą poprawę.

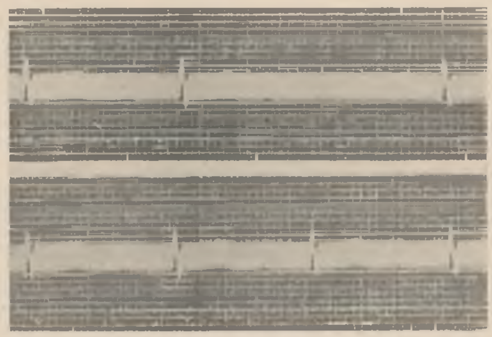
Przypadek II. T. R., lat 53. żona blacharza. pobyt na oddziale od dnia 28. XII 1937 r. do dnia 23. I. 1938 r.

Wywiady rodzinne bez znaczenia, w dzieciństwie odra. Miesiączki prawidłowe od 15 do 48 roku życia, 1 poronienie samoistne w 48 roku życia, 10 razy rodziła, 5 dzieci zmarło w dzieciństwie. Była zawsze zdrowa. Od 5 tygodni miewa nudności, zwłaszcza po jedzeniu, połączone z obfitym ślinieniem. Od 10 dni silny ból i zawroty głowy, nudności i pobolewania całego brzucha. Od 7 dni gorączka dochodząca do 38°, silne wymioty treścią pokarmową natychmiast po jedzeniu, bóle w dołku podsercowym, pieczenie przełyku i ust, kwaśne odbijania. Stolec zaparty, oddaje po środkach przeczyszczających.

Stan obecny (28. XII. 1937): chora dobrze odżywiona, średniego wzrostu, o bladym zabarwieniu skóry. Ciepłota ciała 39°: oddechy szybkie, płytkie. Liczne próchniejące zęby. Klatka piersiowa: wypuk nad płucami jawny, przysłuchem szmery pęcherzykowe nieco zaostrzone, po prawej z tyłu w dole nieliczne rzężenia. Narząd krążenia: uderzenie koniuszkowe niewidzialne, macalne jako rozlane wstrząśnienie w piątym przestworze międzyżebrowym. Granice stłumienia: od góry brzeg 4 żebra, od prawej prawy brzeg mostka, od lewej nie dochodzi na 2 palce do linii pachowej przedniej. Przysłuchem nad końcem i podstawą ton pierwszy przykryty szmerem skurczowym, drugi głośny zaakcentowany. Nad tętnicą główną i płucną po dwa tony. Tętno słabo napięte, miarowe, szybkie, 118/min. RR. 100/30. Mierne powiększenie wątroby (2 palce poniżej łuku), śledziona powiększona, macalna. *Badanie moczu:* ślad białka, urobilinogen wzmożony. *Opadanie krwinek:* 36/godz.. *odczyn Wassermanna* ujemny. *Badanie krwi:* ciałek białych: 6.200. w preparacie: segm. 63%, pałeczk. 3%, kwasochł. 2%, limfoc. 29%, monoc. 3%. *Badanie serobakteriologiczne* w kierunku duru ujemne.

EKG 29. XII. 1937: rytm zatokowy, przyspieszony, wychylenia niskie, $R_2 > R_1 > R_3$; P_1 i T_1 w linii izoelektrycznej, P-R prawidłowy, T_2 i T_3 dodatnie.

Przez pierwsze 3 dni pobytu w szpitalu gorączka utrzymywała się na wysokim poziomie, dochodząc do 39°, po czym dość szybko spadła, osiągając w 6 dniu poziom prawidłowy. Przez cały ten czas stan chorej bardzo ciężki, ciągłe skargi na bóle w dołku podsercowym, pieczenie w przełyku i zły smak w ustach. Do opisanych objawów dołącza się nieznaczna sztywność karku i dodatnie objawy Babińskiego i Oppenheima po stronie lewej. Objawy te znikają po kilku dniach. Po spadku gorączki nadal silne osłabienie ogólne, objawy przedmiotowe ze strony serca utrzymują się. Tętno coraz wolniejsze w miarę opadania gorączki, ustala się na poziomie 88—100/min., jest jednak w dalszym ciągu słabo napięte, ponadto staje się niemiarowe. *EKG* 5. I. 1938 (EKG 3): wychylenia miernie wysokie, $R_2 > R_1 > R_3$. Częściowy blok przedsionkowo-komorowy; okresy Wenckebacha (P-R przedłuża się coraz bardziej, w końcu P występuje bez swego zespołu komorowego). T we wszystkich odprowadzeniach dodatnie. W odprowadzeniu 3 QRS wykazuje liczne zazębienia. W tymże dniu *opadanie krwinek:* 115 mm/godz. RR. 100/70. Przez powyższy okres stosowano



EKG III

natr. salic. + Causyt, strofantynę z glukozą i lód na okolicę serca. Po tej fazie choroby, trwającej 10 dni, samopoczucie chorej zaczyna się poprawiać, zawroty głowy stają się rzadsze i mniej dokuczliwe.

Dnia 7. I. tętno nadal niemiarowe, 76—80/min. Odstawiono strofantynę i *natr. salic.* + causyt.

Dnia 13. I. RR. 100/80. *Opadanie krwinek:* 40 mm/godz. Tętno miarowe. Serce w granicach: linia środkowa, 4 żebro, palec na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej. Przysłuchem tony czyste.

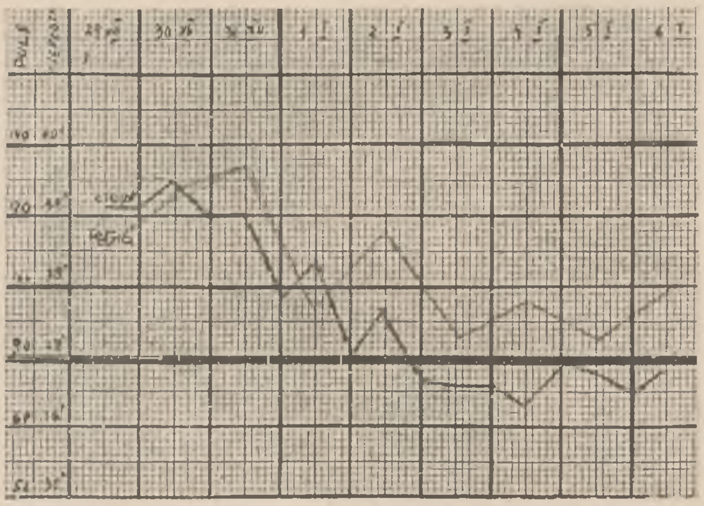


EKG IV

Dnia 17. I. opadanie krwinek 16 mm/godz. Stwierdzono świerzb i przeniesiono chorą na Oddział Skórny. Po powrocie z Oddziału Skórnego stan chorej był dobry. Objawy niewydolności krążenia znikły zupełnie, tętno miarowe, 84/min. *Opadanie krwinek:* 14 mm/godz.

EKG 21. I. (EKG 4) wykazuje obraz prawidłowy.

Omówienie. Przypadek ten dotyczy 53-letniej kobiety, która będąc poprzednio zawsze zdrowa, odczuwa od 6 tygodni dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego pod postacią nudności i ślinotoku. Od 10 dni dołączają się do tego ból i zawroty głowy odbijania i wymioty, gorączka oraz tępy ból w dołku podsercowym. Wywiady te, pozwalające myśleć o sprawie nieżytowej żołądka, pozostają w sprzeczności z wynikiem badania przedmiotowego, które wykazuje objawy uszkodzenia narządu krążenia pod postacią zwiększonego stłumienia bezwzględnego serca, szmeru skurczowego nad końcem i głośnego tonu drugiego nad tętnicą płucną. Obraz ten przemawiałby za sprawą toczącą się we wsierdziu. Jednakowoż niemiarowość tętna od razu skierowuje naszą uwagę na mięsień sercowy, jako na siedlisko zmian, wywołujących niewydolność krążenia (zastój w prawym płucu, obrzęk wątroby i śledziony). Istniejąca przy opisanym zespole objawów gorączka (ryc. 2) i przebieg schorzenia pozwalają rozpoznać ostre zapalenie mięśnia sercowego. Potwierdzeniem rozpoznania jest rozwój obrazu EKG. od cech uszkodzenia mięśnia sercowego (niskie T) poprzez zaburzenia



Ryc. 2

przewodnictwa przedsionkowo-komorowego do prawidłowej krzywej. Istnieje jeszcze możliwość, że zaburzenie przewodnictwa jest następstwem podawania naparstnicy. W tym jednak przypadku będziemy je uważali za objaw zmian organicznych mięśnia sercowego, ponieważ inne objawy uszkodzenia tego mięśnia istniały już przed podawaniem naparstnicy. Trujące działanie tego środka może tu mieć znaczenie dodatkowe. Obraz ciałek białych krwi prawidłowy. Opadanie krwinek przyśpieszone w czasie największego nasilenia objawów chorobowych, osiąga swój szczyt w 3 dni po spadku gorączki (115 mm/godz), a w następnych dniach stopniowo opada (30 mm/godz.—14 mm/godz).

Przypadek III. R. S., lat 40, żona piekarza. Pobyt na oddziale od dnia 22. VIII. 1936 r. do dnia 12. X. 1936 r.

Wywiady rodzinne bez znaczenia, chorób dzieciństwa nie pamięta. Miesiączkuje od 17 roku życia boleśnie, nieregularnie, z przerwami dwumiesięcznymi. 6 razy rodziła, 4 razy roniła sztucznie, 1 dziecko zmarło z powodu zapalenia płuc. W 23 roku życia napad kolki żółciowej z żółtaczką. Od miesiąca odczuwa swędzenie obu podudzi. Wskutek częstego ich drapania powstały rany. Przed miesiącem zjawił się kłujący ból za mostkiem, promieniujący do lewego barku. Ból ten trwał stale w zmiennym nasileniu, wzmagając się w nocy; od dwóch tygodni stał się mniej dokuczliwy. Przez cały czas powyższych dolegliwości silne bóle głowy. Od 4 dni silne pragnienie.

Stan obecny (23. VIII. 1936): chora niskiego wzrostu, dobrze odżywiona, o prawidłowym zabarwieniu skóry. Liczne spróchniałe zęby, kamień nazębny, dziąsła rozpulchnione, zaczerwienione. Migdałki bez zmian. Nieznaczne powiększenie prawego płata tarczycy. Nad płucami wypuk jawny, przysłuchem szmery pęcherzykowe szorstkie. Narząd krążenia: uderzenie koniuszkowe w piątym przestworze międzyżebrowym nieco na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej. Granice stłumienia bezwzględnego: od góry 4 żebro, od strony prawej lewy brzeg mostka, od strony lewej schodzi się z uderzeniem koniuszkowym. Przysłuchem nad końcem i podstawą po dwa tony nieco głuchawe, pierwszy głośniejszy. Nad ujściami tętniczymi po dwa czyste tony. Tętno szybkie (120/min.), miarowe, dobrze napięte. RR. 110/65. Wątroba gładka, tkliwa, o brzegu ostrym, sięga na trzy palce poniżej łuku. Śledziona niemacalna, wypukiem nieco większa. Na grzbietach obu stóp otarcia przyskorka o średnicy 3 cm. *Badanie moczu:* c. g. 1038; cukier obecny, 6,6%. *Cukier we krwi:* 224 mg %. *Opadanie krwinek:* 42 mm/godz. *Prześwietlenie klatki piersiowej:* serce w całości większe, konfiguracji mieszanej. Oba kąty żebrowe zaciemnione, zrosty oraz możliwość niewielkiej ilości płynu.

W wyniku diety i podawania insuliny, cukier znikł po kilku dniach z moczu, zaś we krwi spadł po 16 dniach do 140 mg %; w chwili opuszczania oddziału, przy 15 jedn. insuliny dziennie, cukier we krwi wynosił 182 mg %.

Dnia 26. VIII. chora skarży się na duszność i ból w plecach. Czuje się lepiej w pozycji siedzącej, przy leżeniu duszność wzmaga się. Zjawia się silny kaszel. Ciepłota ciała 37,4°—38°; tętno słabo napięte, 116/min. Poza tym badaniem nie stwierdza się żadnych zmian. Przepisano 3 razy dziennie 25 kropel digitolu, motopirynę z piramidonem.

W następnych dniach ciepłota ciała spada stopniowo do normy, a po jednodniowej przerwie znowu wznosi się do 38°. Dnia 28. VIII. tętno 100/min. Na poziomie tym utrzymuje się przez czas dłuższy. Równocześnie po kilkudniowej poprawie stanu podmiotowego chora znów skarży się na duszność i ból w plecach.

Dnia 30. VIII. po lewej stronie klatki piersiowej zjawiło się stłumienie od wysokości kąta łopatki w dół, po stronie prawej również stłumienie mniej rozległe. W miejscu stłumienia drżenie głosowe zniesione, w głębi szmer oskrzelowy. Nakłuciem wydobyto z lewej jamy opłucnej 63 cm³ surowiczego, bursztynowego płynu; c. g. 1010, Rivalta: dodatni. Białko: 3%.

W następnych dniach ciepłota ciała utrzymuje się w ogóle na poziomie prawidłowym, wykazując od czasu do czasu nieznaczne zwyżki.

EKG 4. IX.: rytm zatokowy, niskie wychylenia: $R_2 > R_1 > R_3$; P-R prawidłowy. Oba ramiona R_1 i ramię wstępujące R_2 wyraźnie zgrubiałe. T_1, T_2, T_3 w linii izoelektrycznej. P_3 w linii izoelektrycznej.

Dnia 6. IX. chora czuje się nadal źle, skarży się na duszność. Stłumienie po lewej stronie sięga powyżej kąta łopatki, po prawej o palec niżej. Otrzymuje digitol 3 razy dziennie po 20 kropel.

Dnia 10. IX. wydobyto nakłuciem z lewej jamy opłucnej 850 cm³ surowiczego płynu: c. g. 1012, próba Rivalty dodatnia. *Prześwietlenie klatki piersiowej:* w kącie przeponowo-żebrowym niewielka ilość płynu. W dolnej jednej czwartej pola płucnego prawego trójkątny cień (płyn). Serce duże o powiększonej komorze lewej i silniej zaznaczonym łuku przedsionka lewego. Pulsacja poszczególnych łuków wyraźna.

Dnia 15. IX. stłumienie po prawej stronie sięga do połowy łopatki; silna duszność. Wydobyto nakłuciem z prawej jamy opłucnej 600 cm³ krwawego *(artificial)* płynu; próba Rivalty dodatnia; c. g. 1016. Od tego czasu chora zaczyna się zwolna poprawiać. Stłumienie po obu stronach klatki piersiowej jaśnieje, drżenie głosowe staje się coraz wyraźniej wyczuwalne, zaś szmery oddechowe zbliżają się stopniowo do prawidłowych.

EKG 23. IX. (EKG 5) wykazuje obraz podobny do poprzedniego; T_2 i T_3 są ujemne. Stan chorej nadal się poprawia. Płyn w obu jamach opłucnej znika zupełnie.

EKG 5. X.: rytm zatokowy, wychylenia miernie wysokie; P-R prawidłowy; T_1 dodatnie, T_2 i T_3 słabo ujemne. S-T_2 nieznacznie poniżej poziomu izoelektrycznego.

Omówienie. Przypadek powyższy, obok cukrzycy, której w tej chwili nie będziemy brać pod uwagę, przedstawia zespół objawów ze strony narządu krążenia. Cechuje on się bólem za mostkiem, który trwa od miesiąca, a wzmaga się stale w nocy. Badaniem stwierdza się nieznaczne powiększenie serca lewego, głuchawe tony i szybkie tętno. Zaznaczają się dyskretnie pierwsze objawy niewydolności krążenia (Rtg. klatki piersiowej) przy nieznacznie obniżonym ciśnieniu krwi (110/65). W kilka dni po stwierdzeniu powyższego stanu występują, wraz z nieznaczną zwyżką ciepłoty ciała (38°), wyraźne objawy niewydolności krążenia. Napięcie tętna słabnie, zjawia się duszność i ból w plecach, spowodowane gromadzeniem się płynu przesączynowego w jamach opłucnych. W następnych dniach pozorną poprawę, wyrażającą się spadkiem ciepłoty ciała (ryc. 3) i zwolnieniem tętna, przerywa ponowny skok ciepłoty i zwiększenie się ilości płynu. Płyn ten utrzymywał się na zmiennym poziomie jeszcze przez dwa tygodnie po spadku ciepłoty ciała do poziomu prawidłowego, po czym szybko cofnął się. Prawie równocześnie, bo zaledwie w kilka dni potem, tętno stało się wolne (84/min.). Interesujący jest obraz EKG, pozostający

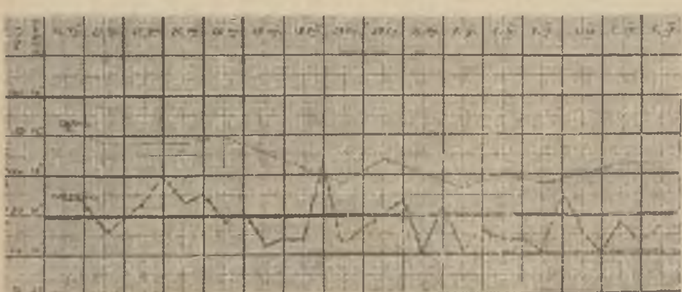
w pewnej sprzeczności z tym przebiegiem. Wykazuje on w dniach największego nasilenia choroby cechy nieznacznego uszkodzenia mięśnia sercowego; cechy te stają się wyraźne dopiero w okresie ustępowania objawów klinicznych, a po dalszych dwóch tygodniach wykazują znaczną poprawę. Obraz ciałek białych był prawidłowy. Opadanie krwinek przyśpieszone.

Przechodząc do omówienia kliniki schorzenia na podstawie przytoczonych przypadków, pragniemy zestawić własne spostrzeżenia z opisami innych autorów.



EKG V

Początek choroby nie przez wszystkich autorów brany jest pod uwagę szczegółowo. W przypadku Saltykowa początek jest nagły, cechuje się dreszczami, gorączką i uczuciem ogólnego rozbicia; w drugim przypadku tegoż autora cała choroba przeszła niespostrzeżenie i skończyła się nagłym zejściem śmiertelnym. W jednym z dwóch przypadków Fiebacha, początek choroby jest również nagły z wysoką gorączką i kaszlem. Przypadek Bailey, Andersen cechuje się nagłym początkiem z objawami dusznicy bolesnej. W przypadku Maxwell, Barret, początek choroby zatraca się z powodu poprzedzającej go sprawy zapalnej skóry. W przypadkach Kierrgaarda, któ-



Ryc. 3

ry, jak zaznaczyliśmy, jest pierwszym nowszym autorem zajmującym się dokładnie kliniką ostrego zapalenia mięśnia sercowego, początek schorzenia nie jest taki gwałtowny. Z pięciu opisanych przez niego przypadków, tylko w jednym mamy nagły początek z dreszczami i gorączką, ale sprawa przebiega tu razem z anginą. W innych przypadkach mamy do czynienia z narastającymi zwolna trudnościami w oddychaniu, kaszlem i biciem serca. Podobnie nasilającymi się zwolna trudnościami oddechowymi cechuje się jeden z przypadków Freundlicha, a drugi zaczął się nagłym omdleniem. Franke zalicza do pierwszych objawów ostrego zapalenia mięśnia sercowego bicie serca, ból i gniecenie w okolicy serca, a zwłaszcza duszności, będące następstwem nagle występującej niedomogi serca.

Jak z powyższego widzimy, większość autorów dawnych przyjmuje nagły i gwałtowny początek choroby. Przypomnimy, że przypadki te kończyły się zasadniczo zejściem śmiertelnym, że były rozpoznawane dopiero dzięki autopsji, i w końcu, że są opisywane wyłącznie z punktu widzenia badań anatomo-patologicznych. W odróżnieniu od tych autorów, klinicyści nowsi, w szczególności Kierrgaard, rozpoznając chorobę przyżyciowo (głównie dzięki badaniom pomocniczym), mają sposobność skierować wywiady i badanie chorego we właściwym kierunku. W ich też ujęciu okazuje się, że początek kliniczny ostrego zapalenia mięśnia sercowego jest w większości przypadków dość powolny, trwający kilka tygodni lub miesięcy i że może, ale nie musi, cechować się zwyżkami ciepłoty ciała. Należy jednak zaznaczyć, że o ile powolne jest narastanie początkowych dolegliwości, o tyle przejście z tego okresu do okresu ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego ma zwykle charakter gwałtowny. Tym także dają się wytłumaczyć mylne opisy dawnych autorów. Pierwszym alarmującym objawem świadczącym o ciężkim stanie narządu krążenia jest zwykle duszność.

Podobnym przebiegiem początkowym oznaczają się również nasze przypadki: u chorej I. okres wstępny schorzenia, cechujący się objawami w przewodzie pokarmowym trwa 7 miesięcy, po czym rozwija się w ciągu kilku dni obraz ciężkiej niewydolności krążenia. Chora II. cierpi na dolegliwości żołądka od 6 tygodni, po czym nagle zjawia się gorączka, wymioty i ból głowy wraz z objawami niewydolności krążenia. Chora III. natomiast choruje bez gwałtowniejszych wstrząsów; rozwój cierpienia u niej ma charakter powolny, a objawia się dolegliwościami serca.

Treścią skarg chorych nie są bynajmniej, jak to podnosili dawniejsi autorowie, wyłącznie dolegliwości serca. Stanowią one, według spostrzeżeń nowszych, tylko jeden z epizodów początku cierpienia, a dopiero na szczycie choroby zapanowują nad całym obrazem chorobowym. Suchy kaszel, niekiedy przy cięższym już stanie, połączony z odpluwaniem rdzawej plwociny, nudności i wymioty, mogą się wysunąć na pierwszy plan skarg chorego; wówczas objawy narządu krążenia, jak bicie serca i uczucie ucisku w klatce piersiowej pozostają w cieniu. Przyczynia się to do stworzenia trudności rozpoznawczych. Stwierdzić jednak należy, że objawy takie prawie zawsze się spotyka. Stałymi zwłaszcza są trudności oddechowe i bóle okolicy serca, przybierające niekiedy właściwości dusznicowate (La Chapelle i Graef, Bailey i Andersen).

W przypadkach naszych, dolegliwości przewodu pokarmowego przeważają w przypadkach I. i II. Cechują się one u chorej I. pustymi odbijaniami, uczuciem czczości, wzdęciami oraz zaparciem stolca. Bicie serca, uczucie omdlewania oraz tępy ból w okolicy serca zjawiają się szczególnie po jedzeniu. Chora ta skarży się również na suchy kaszel. Chora II. skarży się na nudności i silne ślinienie po jedzeniu, poza tym miewa bóle całego brzucha i zaparcie stolca. W miarę nasilania się choroby zjawiają się wymioty, pieczenia w przełyku i kwaśne odbijania obok bólu głowy i gorączki. Brak tu zupełnie zmian w narządzie krążenia. U chorej III. natomiast, na pierwszy plan wysuwają się skargi na stały ból okolicy serca o charakterze dusznicowym. Poza tym bóle głowy.

Badanie przedmiotowe: przypadki opisane przez dawniejszych autorów przedstawiały po największej części obraz „ostatecznej niewydolności krążenia z powodu niedomogi serca". Późniejsi autorzy podnoszą występowanie zwiększenia stłumienia sercowego (Franke), częstoskurczu, głuchych tonów, szmerów, niekiedy tętno bywa niemiarowe. Ze strony innych narządów podkreślana bywa częstość białkomoczu, obrzęk wątroby i śledziony, zakrzepy żylne, zawały płuc. Z autorów najnowszych Freundlich opisuje przypadek, w którym jedynymi, fizykalnie stwierdzalnymi objawami był rytm cwałowy i szybkie tętno. Również w drugim przypadku tegoż autora wypuk nie wykazywał żadnych zmian w sercu, a szmer skurczowy sprawiał wrażenie przypadkowego. Ze strony innych narządów zmian nie było. Przypadki Kierrgaarda nie wykazywały zwykle badaniem fizykalnym żadnych zmian w sercu. Jedyne, co zwracało uwagę na narząd krążenia, to szybkość lub niemiarowość tętna. W jednym tylko przypadku serce staje się coraz szersze w miarę postępu choroby. Ciśnienie krwi, nie podawane w opisach dawniejszych autorów, obraca się w przypadkach nowszych zazwyczaj w granicach wartości prawidłowych. Gorączka, będąca jednym z głównych objawów schorzenia, bywa zwykle wysoka (40°). Pierwszy Kierrgaard podaje wykresy gorączkowe tego schorzenia. Cechują się one dość

szybkim wzrostem ciepłoty ciała, która utrzymuje się przez kilka dni na pewnym poziomie, po czym powoli spada do normy. Autor ten opisuje również bezgorączkowy przypadek podostrego zapalenia mięśnia sercowego. Ogólny wygląd chorego w zgodnych spostrzeżeniach dawniejszych i nowszych autorów sprawia wrażenie ciężkie. Chodzi bowiem albo o chorych z mniej lub więcej daleko posuniętą niewydolnością krążenia, albo o ludzi osłabionych gorączką, bladych i apatycznych.

U naszych chorych badanie przedmiotowe wykazywało w przypadku I. prawidłowe granice serca i czyste tony przez cały czas schorzenia. W przypadku II. i III. serce było powiększone, szczególnie w lewo. Tony serca w przypadku II. były głośne, ze szmerem skurczowym, w przypadku III. głuchawe. Tętno we wszystkich trzech przypadkach szybkie. Na szybkość tętna, dochodzącą do 120/min., przy stosunkowo niskiej ciepłocie ciała, należy zwrócić szczególną uwagę, ponieważ stanowi ona jeden z pierwszych objawów, skierowujących nasze podejrzenia na narząd krążenia. Ciśnienie krwi we wszystkich naszych przypadkach wykazywało w chwili największego nasilenia choroby wartości niższe od prawidłowych (RR. 100/80—30).

Charakterystyczne są w naszych przypadkach zmiany w narządzie oddechowym. W przypadkach I. i II. dolne partie płuc, a szczególnie płuca prawego, wykazują liczne, drobne rzężenia i trzeszczenia, niewątpliwie na tle zastoju. W przypadku III. zjawia się w obu jamach opłucnych płyn przesączynowy, będący wyrazem pogarszania się stanu krążenia. Poziom tego płynu narasta bardzo powoli i nierównomiernie w obu jamach opłucnych (podnoszenie się poziomu płynu następuje równolegle ze zwyżkami ciepłoty ciała). Poza tym i inne narządy wykazują objawy zastoinowe. Wątroba powiększona we wszystkich trzech przypadkach; białko w moczu wraz z ziarnistymi wałeczkami w 2 przypadkach; powiększenie śledziony w 3 przypadkach. Wątpliwości co do zastoinowego charakteru tych zmian można mieć jedynie co do nerek i śledziony. Inni autorowie znajdowali mianowicie przy ostrym zapaleniu mięśnia sercowego zmiany zapalne nerek i śledziony na sekcji. Dlatego też można i w naszych przypadkach myśleć o istnieniu takich zmian. Wrócimy do tej sprawy jeszcze raz przy omawianiu etiologii schorzenia. W ośrodkowym układzie nerwowym zwraca uwagę przemijający zespół objawów oponowo-ogniskowych przypadku II., który wystąpił w czasie największego nasilenia objawów niewydolności krążenia. Powstanie tego zespołu tłumaczyć można w rozmaity sposób. Objawy te mogą być wynikiem krótkotrwałej i łagodnej naczyniowo-pochodnej sprawy zapalnej układu nerwowego środkowego, przebiegającej współcześnie z zapaleniem mięśnia sercowego. Może tu chodzi o mnogie zatory środkowego układu nerwowego.

Gorączka w naszych przypadkach ma charakter nietypowy; w przypadku I. i III. są to zwyżki przeplatane krótkimi okresami bezgorączkowymi (chore otrzymywały preparaty salicylowe). W przypadku II. widzieliśmy chorą w okresie dość szybkiego spadku podniesionej ciepłoty ciała. Stosunek przebiegu gorączki do innych objawów choroby posiada jednak pewne znamiona prawidłowości. W przypadku I. objawy choroby zaczynają się cofać w kilka dni po ustaniu gorączki; w przypadku II. również w 5 dni po ustaleniu się prawidłowej ciepłoty ciała zaczyna się poprawiać stan ogólny chorej, tętno, choć niemiarowe, staje się wolniejsze, cofają się również objawy niewydolności krążenia. W przypadku III. krzywa gorączkowa podobna do krzywej przypadku I. stwarza kilkakrotnie mylne wrażenie poprawy, dzięki kilkudniowym nieraz poprawom, przebiegającym ze zwolnieniem tętna. Objawy niewydolności krążenia trwają w tym przypadku o wiele dłużej, niż gorączka: zaczynają się one cofać dopiero w drugim tygodniu, po ustaleniu się prawidłowej ciepłoty ciała. Można więc stwierdzić, że zwyżki ciepłoty ciała, istniejące prawie zawsze w przebiegu omawianej choroby, stanowią jeden z najwcześniej cofających się objawów schorzenia. Należy jednak zwrócić równocześnie uwagę, że ze spadkiem ciepłoty ciała, choroba nie wygasa. Dowodem tego jest utrzymująca się, niekiedy długi czas po spadku gorączki, niewydolność krążenia i inne objawy (opadanie krwinek, EKG), świadczące o istniejącej nadal czynnej sprawie chorobowej. Stwierdzenie tego faktu jest ważne ze względów leczniczych. Nie należy bowiem, łudząc się przebiegiem gorączki i pozorną poprawą stanu ogólnego, zaprzestać zasadniczego leczenia.

Dok. nast.

Dr Józef Wacław GROTT Warszawa

Badanie torbieli wielkouśćca jelitowego (lamblij) w kale metodą H. Rachmanowej w modyfikacji własnej [1])

Z Pracowni Chem. Bakt. Szpitala św. Ducha w Warszawie
Kierownik: Dr J. W. Grott

Prace lat ostatnich wykazują, że zakażenie ludzi wielkouśćcem jelitowym *(lamblia intestinalis)* staje się zjawiskiem coraz częstszym. Istnienie tego pasożyta u chorych rozpoznaje się przez wykrycie albo żywych tworów w treści dwunastniczej podczas zgłębnikowania, albo też przez stwierdzenie ich cyst w kale.

W świeżo oddanym kale można wykryć żywe lamblie u chorych cierpiących na uporczywe biegunki, wywołane przez te pasożyty lub przy prawidłowych wypróżnieniach — po uprzednim podaniu silnie działającego środka czyszczącego (Gaehlinger, Teitge).

Omawiane zakażenie również i w Polsce nie należy do rzadkości, wskazują na to prace A. Stefanowskiego, P. Adamowicza, J. W. Grotta z M. Petrynowskim, Sułka oraz innych. Nie jest ono również nabytkiem nowym, gdyż jeszcze w r. 1875 prof. Lambl, wykładający wówczas w Klinice Wewn. w Szpitalu św. Ducha w Warszawie wykrył na sekcji obecność wielkouśćców jelitowych w żółci chorego, zmarłego z powodu bąblowca wątroby.

W Europie Środkowej lambliazę wykrywa się najczęściej przypadkowo podczas zgłębnikowania dwunastnicy. W krajach podzwrotnikowych oraz w Europie Południowej, gdzie ze względu na inne choroby pasożytnicze badanie kału na obecność cyst należy do rzeczy codziennych, zakażenie to rozpoznaje się znacznie częściej.

Dziś, dzięki podróżom, a zwłaszcza dzięki emigracji i reemigracji naszych wychodźców, należy liczyć się z przenoszeniem do Polski nie tylko lambliazy, lecz innych chorób, powodowanych przez pasożyty dotąd jeszcze u nas nie spotykane.(Np. mątwik jelitowy — *anguillula stercoralis vel a. instestinalis* — opisany przez M. Lityńskiego). Z tą nową okolicznością coraz bardziej należy się liczyć. Toteż opierając się na danych klinicznych, winniśmy uznać za rzecz ważną i na czasie, rozpowszechnienie wśród lekarzy wiadomości o potrzebie szczegółowych badań w kierunku lambliazy we wszystkich przypadkach chorób dróg żółciowych oraz przewodu pokarmowego o niejasnym przebiegu klinicznym, lub przy złym stanie ogólnym bez wyjaśnionej przyczyny (Teitge). Dotyczy to zwłaszcza chorych wykazujących zwiększoną eozynofilię we krwi, nieusprawiedliwioną obecnością zwykłych pasożytów w przewodzie pokarmowym (Grott i Petrynowski).

Zwrócenie baczniejszej uwagi na lambliazę jest konieczne jeszcze i z tego względu, że, jak wykazują poszczególne opisy autorów (Westphal i Georgi (1923), P. Adamowicz (1926), Gaultier (1926), Puszet (1926—1927) oraz Grott (1938)), przewlekłe stany zapalne podtrzymywane w ciągu szeregu lat przez te pasożyty mogą stworzyć warunki podatne do powstania raka w drogach żółciowych, albo też w jelitach.

Rzecz oczywista, że jeśli idzie o lambliazę, to z dwóch metod rozpoznawczych, przytoczonych wyżej, badanie kału na obecność cyst, jako przystępniejsze i tańsze w wykonaniu, może mieć szersze zastosowanie w praktyce codziennej — niż kłopotliwe i kosztowne zgłębnikowanie dwunastnicy. Dla ścisłości zaznaczyć należy, że rozpoznanie oparte na prawidłowo wykonanym badaniu żółci, oglądanej pod mikroskopem natychmiast po jej otrzymaniu od chorego, posiada wartość bardziej pewną w porównaniu z badaniem kału, które tę wartość posiadać może wyłącznie tylko w razie wykrycia obecności cyst. Brak stwierdzenia cyst lamblij w kale nie znaczy, że nie ma pasożytów w ustroju, bowiem cysty z kałem mogą być wydalane okresowo.

Z powyższego wynika, że rozpoznanie nieobecności pasożytów w ustroju wymaga kilkakrotnego powtórzenia badania na cysty lamblij w kale.

Pomimo tych zastrzeżeń, badanie kału na obecność cyst lamblij winno być stosowane na szerszą skalę, zwłaszcza jeśli zważymy, że obecnie zaznaczył się postęp w metodyce badania oraz że próbki materiału bardzo łatwo przesłać na odległość.

Najprostszą metodę stanowi bezpośrednie badanie kału na obecność cyst lamblij, po uprzednim podbarwieniu płynem Lugola. Sposób ten jednak zbyt często zawodzi, gdy cyst w kale

[1]) Wg referatu wygłoszonego na posiedzeniu klinicznym Szpitala św. Ducha w Warszawie w dniu 8 listopada 1938 r.

mamy niewiele. Toteż autorzy opracowali tzw. metody wzbogacania, umożliwiające zagęszczanie cyst w małej objętości przed wykonywaniem badania.

Do metod tych należy zaliczyć sposoby opisane przez Ujiharę, Barthélemy, Carlesa z Barthélemy oraz Garrin'a i Doubronn'a z Mounier'em. Sposoby te polegają na mieszaniu kału z płynami o ciężarze właściwym niższym od ciężaru właściwego cyst lamblij i na wirowaniu. Niektóre z nich, jak np. metoda Ujihary, są bardzo uciążliwe w wykonaniu. Według R. Goiffona najodpowiedniejszą ma być metoda Carlesa i Barthélemy.

W r. 1936 H. Rachmanowa ogłosiła drukiem własną metodę, w której w pomysłowy sposób zastosowała do rozcieńczania kału płyn o ciężarze właściwym zbliżonym do ciężaru właściwego cyst lamblij. W ten sposób przy pierwszym wirowaniu do osadu przechodzą cząsteczki cięższe, a cysty pozostają w zawiesinie. Dopiero gdy zastosujemy drugie wirowanie, uprzednio pięciokrotnie rozcieńczywszy płyn zlany z góry, to wówczas cysty lamblij, jako cięższe, przejdą do osadu.

Jako płyn odpowiedni do rozcieńczania kału autorka zastosowała 30% roztwór cukru trzcinowego. Płyn ten posiada ciężar właściwy — 1,1133. Jak wykazują porównawcze badania autorki z różnymi roztworami cukru trzcinowego, większość cyst lamblij również posiada podobny ciężar właściwy.

Metodę H. Rachmanowej w ciągu szeregu miesięcy stosowałem w praktyce wraz z kolegami Z. Neumanówną i Fr. Kowalskim. Badania wykonane w Pracowni Szpitala św. Ducha przekonały nas, iż metoda ta daje wyniki bardzo dobre, a oprócz tego, że jest prosta i dogodna w wykonaniu. Spostrzeżenia w tej sprawie przedstawiliśmy w dniu 17 maja 1938 r. na posiedzeniu Szp. św. Ducha (Medycyna. Nr 18. 1938) oraz ogłosiliśmy drukiem w Nowinach Lekarskich (Nr 10. 1939).

Jednak pewną niedogodność tej metody stanowi konieczność przygotowania za każdym razem świeżego roztworu 30% cukru trzcinowego. Stanowi to niepożądane utrudnienie. W danym przypadku cukier trzcinowy autorka zastosowała ze względu na jego łatwą rozpuszczalność w wodzie i możliwość otrzymania wielkich koncentracyj o bardzo wysokim ciężarze właściwym, co jej było niezbędne dla przeprowadzania badań porównawczych podczas oznaczania ciężaru właściwego cyst lamblij. Ze względu na wielką skłonność do fermentacji, 30% roztwór cukru trzcinowego nie może stać długo, zwłaszcza w lecie.

Biorąc powyższe pod uwagę, opracowałem przepis na mieszankę soli, która, posiadając ten sam ciężar właściwy co 30% cukier trzcinowy, mogłaby stać długo, zachowując swe własności.

Jak wykazały wykonane przeze mnie próby, płyn taki można otrzymać przygotowując go wg następującego przepisu:

Rp. *Natrii chlorati*	75 g
Magnesii sulfurici	30 g
Aq. destilatae ad	535 cm³

Ciężar właściwy tego płynu w przybliżeniu wynosi 1,1133. Przeprowadzone liczne próby porównawcze w Pracowni Szp. św. Ducha z 30% cukrem trzcinowym wg oryginalnej metody Rachmanowej oraz z roztworem soli, polecanym przeze mnie, wykazały zupełną równowartość obu płynów — jeśli idzie o wyniki badania kału na obecność cyst lamblij.

Wobec tego przy poszukiwaniu cyst lamblij w kale, jako najodpowiedniejsze uważam stosowanie metody Rachmanowej w modyfikacji, tj. z roztworem soli przytoczonym wyżej.

Tak więc badania kału na obecność cyst lamblij wg metody H. Rachmanowej, w modyfikacji proponowanej przeze mnie, należało by wykonywać w następujący sposób:

Do jednej części wagowej kału należy dodać na objętość osiem części roztworu soli o c. wł. zbliżonym do 1,1133, rozetrzeć kał delikatnie, a następnie przesączyć przez podwójną gazę. Otrzymany płyn odwirowujemy. Większość cyst lamblij, posiadając c. wł. zbliżony do c. wł. płynu, nie osiada na dnie probówki, lecz pozostaje w zawiesinie.

Po odwirowaniu zlewamy z wierzchu płyn i rozcieńczamy go, dodając cztery części wody przekroplonej na jedną część płynu i ponownie wirujemy. Teraz cysty lamblij, jako cięższe, opadną na dno probówki. Po zlaniu płynu kroplę osadu przenosimy na szkiełko przedmiotowe, dodajemy małą kroplę płynu Lugola dla podbarwienia cyst i oglądamy preparat pod immersją.

Piśmiennictwo

1) Adamowicz R.: a) Pol. Arch. Med. Wewn. Z. 2. Str. 187. 1926. b) Pol. Gaz. Lek. Nr 49. 1926. — 2) Gaehlinger H.: Paris Médical. Nr 35. 1935. — 3) Gaultier R.: Arch. de l'app. Dig. Str. 1070. 1926. — 4) Goiffon R.: Manuel de coprologie clinique. Masson, Paris. — 5) Grott J. W.: a) Medycyna. Nr 12, 20 i 22. 1938. b) Münchener Med. Woch. Nr 10, 1939. — 6) Grott J. W., Kowalski Fr. A. i Neuman Z.: Nowiny Lekarskie. Nr 10. 1939. — 7) Grott J. W. i Petrynowski M.: a) Pol. Arch. Med. Wewn. 1930. b) Medycyna. Nr 1—2. 1932. c) Arch. des Mal. de l'App. dig. Nr 2. 1933. — 8) Grott J. W. i Skotnicki Z.: Pamiętnik Klin. Szp. św. Ducha w Warszawie. Posiedzenie z dnia 16 czerwca 1931. — 9) Lambl W.: a) Aus d. Franz-Joseph Kinderhospital in Prag. 1860. b) Cercomonas et echinococcus in hepate hominis. Medicinskij. Wiestnik. Nr 33. 1875. — 10) Lipiński W.: Pol. Gaz. Lek. Nr 25. 1928. — 11) Lityński M.: Medycyna. Nr 16. Str. 633. 1938. — 12) Nowaczyński J.: Mikroskopia i chemia kliniczna. Tom II. Kraków. 1929. — 13) Puszet H.: Warsz. Czas. Lek. a) Str. 63 1926 i b) Str. 657 i 689. 1927. — 14) Rachmanow H.: Archiv f. Schiffs. u. Tropenhygiene. T. 40. Str. 395. 1936. — 15) Stefanowski A.: Zbiór prac z zakresu patologii ludzkiej (II Klin. Wewn. Uniw. Warsz. Prof. Rzętkowskiego), Warszawa. 1923. — 16) Sułek Wł.: Lekarz Wojskowy. T. 16. Nr 9 i 12. — 17) Teitge H.: Therapie der Gegenwart. Nr 9. Str. 390. 1937. — 18) Westphal K. i Georgi: M. Med. Woch. Nr 33. Str. 1080. 1923.

Dr Alfred LAUTERSTEIN Lwów

Dwa przypadki charakterystycznych zmian barwikowych skóry powstałych przy donaczyniowym podaniu Gonacryny

Z Oddziału Chorób Skórnych i Wenerycznych Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie
Ordynator: Doc. dr Stanisław Ostrowski

Na Oddziale obserwowaliśmy dwa przypadki, które ze względu na swoją niecodzienność pozwalam sobie niżej opisać.

U dwóch osobników męskich zauważyliśmy przy dożylnym wstrzykiwaniu Gonacryny (roztwór wodny 2% chloro-metylodwuamino-akrydyny obojętnej) do żyły łokciowej, w 20—30 sekund od chwili wstrzyknięcia, na przedramieniu i dłoni, od miejsca wstrzyknięcia w dół, po stronie zginaczy, tudzież w mniejszym stopniu po stronie mięśni wyprostnych, drzewkowate rozgałęzienia naczyń, przeświecających wysyconą żółtą barwą przez skórę. Po dwóch do trzech minutach wystąpił obrzęk ręki odpowiadający umiejscowieniem wyżej opisanym zmianom barwikowym. Po 24 godzinach obrzęk ów ustąpił pod okładem z kwaśnej wody, natomiast przebarwienia owe utrzymywały się jeszcze przez kilka dni.

Zjawisko wystąpienia tychże zmian barwikowych łączyłem z dotętniczym wstrzyknięciem barwika. Słuszność tego przypuszczenia potwierdziły podjęte przeze mnie doświadczenia na psach, u których po dotętniczym wstrzyknięciu barwika wystąpiły podobne zmiany.

Nowe środki lecznicze

Dr Józef SIENIAWSKI Lwów
St. Asyst. Kliniki Chirurgicznej U. J. K.
Lekarz Aleksander FRANKOWSKI
Lekarz Kliniki Chirurgicznej U. J. K.

Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne dotyczące szczepionki wg prof. Delbet'a

Z Kliniki Chirurgicznej U. J. K.
Dyrektor: Prof. dr T. Ostrowski

Olbrzymi rozwój chemoterapii w ostatnich latach, a w szczególności wykrycie związków azowych i innych niszczących bakterie optymistycznie nastroiły wielu lekarzy. Wydawało się bowiem, że wystarczy podać preparat chemiczny, a zakażenie w krótkim czasie zostanie zwalczone. Niewątpliwie wyżej wymienione preparaty w wielkiej mierze przyczyniają się do opanowania choroby, ale też bardzo często skutku nie osiągają. Zapomina się bowiem, że działanie to jest jednostronne, działanie na bakterie. Nie pamięta się o samym ustroju, o jego siłach obronnych itp.

Rozporządzamy przecież środkami pozwalającymi nam wzmocnić te siły, tak ważne w walce z zakażeniem. Takim niewątpliwie ważnym środkiem pozwalającym zmobilizować wszystkie siły ustroju jest szczepionka prof. Delbet'a (Delbeccin).

Delbeccin jest to bulionowa mieszana hodowla bakterii ropotwórczych *(staphylococci, streptococci, bac. pyocyanaei)*, zabita przez ogrzanie do 62°.

Działanie jej jest dwojakie: swoiste, tj. opierające się na swoistym uodporniającym wpływie zabitych drobnoustrojów chorobotwórczych i produktów ich przyswajania i nieswoiste, „wstrząsowe", polegające na bodźcowym wpływie bulionu użytego do hodowli, podobne do działania mleka, peptonu itp.

Delbeccin jest szczepionką wielobakteryjną dostosowaną do wstrzykiwań domięśniowych.

Celem osiągnięcia najszybszego opanowania zakażenia powinniśmy pójść równocześnie dwiema drogami: wzmocnić odporność ustroju i zadziałać na bakterie środkami chemicznymi. Niestety, nie zawsze możemy tak postępować. W tych przypadkach bowiem, gdy zakażenie jest bardzo ciężkie i ustrój wprowadził do walki wszystkie rezerwy, dodanie nowego bodźca w celu pobudzenia go, może przekroczyć granice wydolności obronnej, wywołując działanie wprost przeciwne zamierzonemu, a mianowicie tzw. fazę ujemną Wright'a, polegającą na zmniejszeniu odporności. W tych przypadkach poza leczeniem chemicznym pozostaje nam tylko podawanie gotowych niweczników w postaci surowic. Z tak ciężkimi zakażeniami spotykamy się na szczęście rzadziej.

Wskazania do stosowania szczepionki Delbet'a (Delbeccin) są bardzo rozległe: poza różnymi schorzeniami nieropnymi, wchodzą w rachubę wszelkie ropnie, ropowice, zapalenia naczyń chłonnych, zapalenia gruczołu sutkowego, czyraki, karbunkuły, oraz inne zakażenia wywołane przez bakterie ropotwórcze.

Ze względu na stosunkowo dużą różnorodność stosowanych dawek używamy najchętniej ampułek (po 5 i 10 cm³), z których pobiera się potrzebną ilość szczepionki, przekłuwając igłą strzykawki zamknięcie z błony gumowej.

W oznaczaniu wysokości dawki należy brać pod uwagę:

1) wiek chorego. Dorosłym podaje się przeciętnie od 2 cm³ do 4 cm³ szczepionki.

oseskom			około	0,2 cm³
dzieciom	do 1	roku	„	0,6 cm³
„	„ 4	lat	„	1,0 cm³
„	„ 10	„	„	2,0 cm³
„	powyż. 10	„	„	3,0 cm³

2) Stan ogólny chorego. Chorym o silniejszej budowie przepisujemy odpowiednio większe dawki.

3) Rodzaj i nasilenie schorzenia.

a) W schorzeniach nieropnych i ropnych nie budzących obaw, przebiegających bez podniesienia ciepłoty lub ze stanami podgorączkowymi, można próbować stosować mniejsze dawki (u dorosłych od około 0,5 cm³).

b) W rozpoczynających sie ciężkich schorzeniach lub zapobiegawczo, gdy szybkość opanowania schorzenia rozstrzyga o dalszym jego przebiegu, stosujemy od razu dawki jak największe, pamiętając o tym, że im silniejsza reakcja ustroju, tym wynik leczniczy pewniejszy i szybszy.

c) W późnych, ciężkich schorzeniach raczej należy kierować się zasadą, że wysokość stosowanych dawek powinna być odwrotnie proporcjonalna do ciężkości zakażenia, by zamiast powiększenia, nie zmniejszać jeszcze bardziej i tak już zmienionej chorobą odporności ustroju (ujemna faza Wright'a).

4) Wstrzykując powtórnie szczepionkę (w odstępach czasu od 1—3 dni), należy się kierować odczynem ogólnym i miejscowym oraz szybkością cofania się objawów chorobowych. Jeżeli zwyżki ciepłoty nie przekroczą po podaniu pierwszej większej dawki jednego stopnia, jest to dowodem, że ustrój na bodziec nie oddziaływuje i w tych wypadkach dalsze podawanie szczepionki Delbet'a jest bezcelowe. Nie należy jednakowoż zapominać o przyzwyczajeniu organizmu, powstałym po częstym stosowaniu Delbeccin'y.

Do przeciwwskazań w leczeniu szczepionką zaliczyć musimy niektóre stany z wysoką gorączką, zwłaszcza połączone z osłabieniem mięśnia sercowego, a prócz tego starość, wyniszczenie, schorzenie nerek, gruźlica.

Badania własne

Dla wykazania właściwości Delbeccin'y w działaniu leczniczym i reakcji fizjologicznych przeprowadzaliśmy badania kliniczne i doświadczalne w okresie kilkunastu miesięcy.

1. Badania kliniczne (Sieniawskiego) z Delbeccin'ą były przeprowadzone w Klinice Chirurgicznej we Lwowie oraz w ambulatorium (Frankowskiego) przy użyciu szczepionki pochodzącej z fiolek (po 5 cm³ i 10 cm³) i ampułek (po 1.1 cm³, 2 cm³ i 4 cm³) fabrycznych.

Poza tym przeprowadzono doświadczenia na świnkach morskich, którym wstrzykiwano Delbeccin'ę (doświadczenia Sieniawskiego i Wolskiego), celem wykazania działania uodporniającego tejże szczepionki.

Zwierzęta doświadczalne podzielono na trzy grupy:

Świnkom morskim (w liczbie trzech), należącym do grupy pierwszej, wprowadzano podskórnie w okolicę brzucha po 0,5 cm³ Delbeccin'y.

Świnkom (również w liczbie trzech), należącym do grupy drugiej, wprowadzano w ten sam sposób i w tę samą okolicę zawiesinę paciorkowców hemolitycznych w płynie fizjologicznym oraz Delbeccin'ę.

Świnkom (również trzem), należącym do grupy trzeciej, wstrzykiwano tylko zawiesinę paciorkowców hemolitycznych (bez dodatku Delbeccin'y).

U świnek należących do grupy drugiej występowały objawy chorobowe już po 6 godzinach, jednak w niezbyt dużym nasileniu, trwające około trzech dni. U świnek stwierdzało się zwyżki ciepłoty ciała, nieprzyjmowanie pokarmów itd.

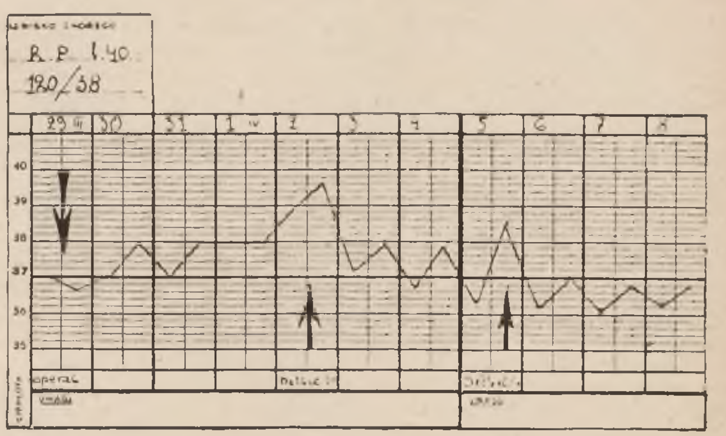
Świnki serii trzeciej wszystkie ginęły do 12 godzin. Podobne wyniki otrzymywano po wprowadzeniu podskórnym zawiesiny paciorkowca niehemolizującego (nr badania bakteriologicznego: 3705/38).

Świnkom należącym do serii drugiej podawano szczepionkę Delbeccin zmieszaną w strzykawce z zawiesiną bakterii. Aby się jednak przekonać, czy osiągnięty wynik nie był spowodowany bezpośrednim działaniem szczepionki na zmieszane z nią bakterie oraz żeby upodobnić warunki doświadczalne do warunków spotykanych u chorych, przeprowadzono doświadczenie z serią świnek morskich, którym zawiesiny bakterii wstrzyknięto w okolicę ciała odległą od miejsca wprowadzenia szczepionki Delbet'a. W tych doświadczeniach również wszystkie świnki dobrze zniosły zakażenie. Jak wykazały powyższe doświadczenia, wpływ szczepionki Delbet'a na zwiększenie odporności ustroju na zakażenie jest faktem niewątpliwym.

W ogólnej praktyce chirurgicznej oraz w praktyce chirurgiczno-stomatologicznej stosujemy szczepionkę Delbet'a od wielu lat. Materiał nasz obejmuje z pewnością kilkaset przypadków, ze względu jednak na to, że zamiar podzielenia się tymi spostrzeżeniami powzięliśmy dopiero przed kilku miesiącami, dysponujemy dokładnymi danymi, dotyczącymi mniejszej ilości przypadków leczonych szczepionką Delbet'a:

Przypadek I. R. P., lat 40. L. 120/38.

Wycięcie odbytnicy z powodu raka. Czwartego dnia po zabiegu operacyjnym ciepłota podniosła się do 39°. U chorej stwierdzono bolesny naciek prawego pośladka i silnie zaczerwienioną skórę. Wstrzyknięto chorej domięśniowo 1 cm³ Delbec-



cin'y i naświetlono okolicę nacieku lampą „Vitalux". Ciepłota tegoż dnia wieczorem 39,6°; nazajutrz rano 37.2°; wieczorem ponowna zwyżka do 38°, bolesność nieco mniejsza. Po trzech dniach powtórnie podano domięśniowo Delbeccin'ę. Następnego dnia po tej iniekcji stwierdzono wyraźne cofnięcie się obrzęku i zaczerwienienia. Ciepłota obniżyła się do normy.

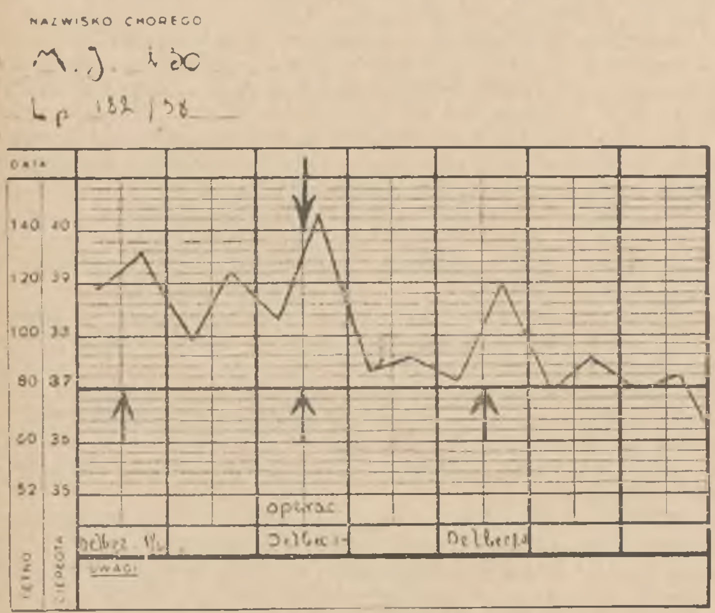
Przypadek II. M. J. L. 182/38. *Mastitis purulenta sinistra.*

Sutek lewy znacznie powiększony w porównaniu z prawym. W kwadrancie górnym wewnętrznym stwierdza się naciek twardy, bolesny, wielkości dużej pomarańczy. Skóra nad nim jest zaczerwieniona, napięta. Ciepłota 39.2°.

Wstrzyknięto domięśniowo 1.5 cm³ Delbeccin'y. Codziennie zakładano bańkę Bier'a. Trzeciego dnia stwierdzono chełbotanie. Sutek nacięto, włożono dren i seton z gazy jodoformowej.

Po zabiegu wstrzyknięto po raz drugi 1,0 cm³ Delbeccin'y. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

W przypadku tym niewątpliwie dzięki szczepionce szybciej umiejscowiło się ropienie i przyśpieszył się proces gojenia.



Przypadek III. A. K., lat 31.

Chory leczony przed sześciu miesiącami z powodu promienicy, wychodzącej z okolicy zęba 8 zgłasza się obecnie z przetoką ropną w miejscu usuniętego zęba 8 i szczękościskiem pierwszego stopnia. W okolicy prawego mięśnia żwacza stwierdza się twardy naciek. Ciepłota ciała prawidłowa.

Podano 1,0 cm³ Delbeccin'y domięśniowo. Po dwóch dniach szczękościsk cofnął się nieco, naciek zaś w okolicy prawego kąta żuchwy zmniejszył się. Podano powtórnie 1,0 cm³ Delbeccin'y i polecono nagrzewanie. Chory zgłosił się do kontroli po trzech dniach. Objawy chorobowe znacznie się cofnęły. Polecono choremu nadal stosować nagrzewania i zgłosić się za dwa dni do kontroli, chory więcej się jednak nie pokazał.

Przypadek IV. Z. N., lat 35.

Chory zgłasza się skierowany przez laryngologa celem usunięcia korzeni 6 będących przyczyną ropnego zapalenia prawej jamy szczękowej. Poza podwyższoną ciepłotą ciała (38,6⁰) stwierdza się znacznego stopnia objawy zapalenia okostnej w okolicy 6 uniemożliwiające zastosowanie znieczulenia miejscowego. Podmiotowo odczuwa chory silne bóle w prawej szczęce górnej, skarży się na złe samopoczucie i podaje, że z prawego przewodu nosowego wydobywa się dość znaczna ilość wydzieliny ropnej, silnie cuchnącej. Podano 1,0 cm³ Delbeccin'y domięśniowo. Chory zgłasza się po dwóch dniach ze znacznie lepszym samopoczuciem. Ciepłota ciała prawidłowa. Objawy okostnowe cofnęły się na tyle, że umożliwiło to usunięcie korzeni 6 w znieczuleniu miejscowym (2% Optocain'ą z dodatkiem Epirenin'y).

Po przestrzyknięciu jamy szczękowej przez pusty zębodół, skierowano chorego z powrotem do dalszego leczenia laryngologicznego.

Przypadek V. K. W., lat 42.

Choremu usunięto przed tygodniem korzenie 7 Po usunięciu zęba chory nie odczuwał żadnych dolegliwości. Po paru dniach zaczął się rozwijać szczękościsk. Po tygodniu skierowano chorego do stomatologa. Poza szczękościskiem drugiego stopnia, żadnych objawów chorobowych przedmiotowych ani podmiotowych nie stwierdzono. Wykonane zdjęcie rentgenowskie nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Nagrzewanie okolicy prawego kąta żuchwy nie dało żadnej poprawy. Po dodaniu domięśniowym 1,0 cm³ Delbeccin'y szczękościsk ustąpił zupełnie do trzech dni.

Przypadek VI. K. P., lat 20.

Chory zgłasza się z objawami zapalenia okostnej zęba 6 Badaniem przedmiotowym stwierdza się twardy naciek wyrostka zębodołowego dolnego, wielkości orzecha laskowego. Gruczoły podszczękowe macalne, bolesne. Ząb usunięto. Po tygodniu zgłasza się ponownie z podobnymi objawami po tej samej stronie od zęba 7 i szczękościskiem pierwszego stopnia. W okolicy 6 stwierdza się nadal wypuklenie, które tylko nieznacznie się zmniejszyło. Ciepłota ciała 37,6⁰. Ząb 7 usunięto i podano 0,5 cm³ Delbeccin'y. Po dwóch dniach zgłosił się chory do kontroli, przy czym można było stwierdzić cofnięcie się wszystkich zmian chorobowych.

Przypadek VII. Z. T., lat 36.

Chora leczyła się u stomatologa z powodu zapalenia okostnej korzeni zębów 7, 6, 4 W ciągu miesiąca nie udało się opanować stanu zapalnego i nie można było w znieczuleniu miejscowym usunąć korzeni tych zębów. W końcu lekarz orzekł, że należy uciec się do znieczulenia ogólnego.

W tym stanie chora zgłosiła się do nas. Podaje, że od tygodnia w ogóle nie sypia. Obmacywaniem stwierdza się silną bolesność uciskową szczęki górnej po stronie prawej nad okolicą trzonowców i przedtrzonowców.

Podano 1,0 cm³ Debeccin'y i polecono płukanie gorącą szałwią. Po trzech dniach można było przystąpić do usunięcia zębów w znieczuleniu miejscowym.

Przypadek VIII. K. M., lat 19.

Chora zgłasza się z objawami utrudnionego wyrzynania się zęba 8 i z nieznacznym szczękościskiem. Miejscowo stwierdza się silną bolesność. Ciepłota ciała 37,5⁰.

Podano 0,5 cm³ Delbeccin'y. Do trzech dni miejscowe objawy zapalne cofnęły się, co pozwoliło na wycięcie dziąsła ponad koroną 8 i doprowadzenie sprawy chorobowej do szybkiego wygojenia.

W całym szeregu przypadków podano szczepionkę Delbeccin zapobiegawczo wtedy, gdy należało liczyć się z możliwościami powikłań pod postacią zakażenia po niektórych zabiegach chirurgicznych.

Streszczenie

Na podstawie badań klinicznych i doświadczalnych na ludziach i zwierzętach okazało się, że podanie domięśniowe 0,2 cm³ do 4,0 cm³ szczepionki Delbeccin w przebiegu wszelkich ropowic i innych stanów chorobowych, w których szczególnie zależy nam na uodpornieniu ustroju, wzmacnia znakomicie tę odporność, skracając czas choroby, sprowadzając niemal krytyczny spadek ciepłoty ciała, cofanie się objawów miejscowych (nacieków, bolesności, szczękościsku itp.). Objawy miejscowe cofają się niezależnie od ich umiejscowienia.

Piśmiennictwo

1) A. Cieszyński: Stomatologia Polska. T. X. Nr 3. Str. 97 i 98. 1932. — 2) St. Mączewski: Nowiny Lek. Nr 20. 1925. — 3) Pręgowski: Progr. Méd. Nr 8. 1927. — 4) Parafianowicz: Pol. Gaz. Lek. 1927. — 5) Łobacz: Medycyna Praktyczna. Z. 7. 1935. — 6) Jaworski: Pol. Gaz. Lek. Nr 4. 1937. — 7) Kaiserówna: Nowiny Psychiatryczne. 1932. — 8) P. Delbet, Beauvy et Girode: Bull. Acad. de Méd. T. 72. 1914. — 9) Robineau: Soc. de Chirurgie. T. 44. — 10) Dupont: Progrès Méd. Nr 46. 1920. — 11) Descomps: Soc. de Chir. 7. VII. 1920. — 12) Auray: Soc. de Chir. 3. III. 1921. — 13) M. Kuss: La vaccinothérapie des annexites 1920. Paris. — 14) Chevrier: Soc. de Chir. 25. II. 1920.

Dr A. ROSENBAUM Rzeszów

Zastosowanie Acetylocholiny „Roche" przy istniejącej już zgorzeli i stanach bolesnych w następstwie zgorzeli

W styczniu br. zgłosiła się do mnie M. P., która podała, iż od roku boli ją palec u nogi lewej. W sprawie tej radziła się już lekarzy i zalecono jej, aby sobie dała „palec usunąć". Bóle w tym palcu nie pozwalają jej spać i pracować. Na zabieg chirurgiczny zgodzić się nie chce. Chora ma lat 68, jest wzrostu średniego, lichego odżywienia; miażdżyca tętnic dość posunięta, ciśnienie 210/90 mm Hg, badanie moczu wykazuje 2% cukru gronowego, acetonu i kwasu aceto-octowego brak (chora podaje, iż dawniej miała aceton i 4% cukru w moczu); oznaczenie cukru we krwi (metodą Hagedorna-Jensena) wykazuje: 182 mg % cukru. Palec środkowy u nogi lewej w całości zabarwiony na czarno, barwa ta sięga około 1 cm na grzbiet nogi. Tętnica grzbietna stopy słabo wyczuwalna. Nie ulegało wątpliwości, że mam do czynienia ze zgorzelą palca na tle cukrzycy. Zaproponowałem chorej zastrzyki acetylocholiny „Roche" i za-

stosowałem jedną serię (6 ampułek po 0,2 g). Bóle natychmiast ustały, lecz widocznych zmian na palcu nie zauważyłem. Dopiero kiedy zastosowałem drugą serię Acetylocholiny „Roche", palec stracił ciemną barwę, stał się bielszy i stan taki utrzymuje się do dnia dzisiejszego. Bóle zupełnie znikły. Równocześnie dostawała chora po 20 jednostek insuliny 2 razy dziennie i stosowała odpowiednią dietę.

Wynika z tego, że nawet w wypadkach daleko posuniętej zgorzeli na tle cukrzycy należy stosować Acetylocholinę „Roche", która w danym wypadku okazała się skuteczną. Zastrzyki stosowałem co 2. dzień śródmięśniowo.

Bibliografia

Artykuły oryginalne w czasopismach
Piśmiennictwo polskie

Nowiny Lekarskie. Z. 12. 1939. Wrzosek A.: Kartka z historii stosowania upustów krwi w XIX stuleciu. — Kruszówna M.: Zmienność odczynu Biernackiego w durze brzusznym. — Miętkiewski K.: Uwagi nad fizjologią „magazynu nasiennego". — Kaschube G.: Trombocyty we krwi rodzących, położnic i noworodków.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 23—24. 1939. Biro M.: Odżywcze zboczenie mięśni postępujące (dystrophia musculorum progressiva) i jego postacie. — Klozenberg F. i Kon D.: Przypadek mlekotoku w przebiegu guza rdzenia kręgowego. — Tołczyński B.: Spostrzeżenia nad wartością leczniczą Septazinu w schorzeniach oto-laryngologicznych (c. d.). — Rabinowicz H.: O schorzeniach zawodowych narządu wzroku.

Medycyna Praktyczna. Z. 10. 1939. Aman M.: Astenia pogrypowa. — Dzius L.: Jednostka pracy lekarskiej w lecznictwie społecznym.

Lekarz Kolejowy. Nr . 1939. Białynicki-Birula T.: Uwagi o rozpoznawaniu, leczeniu i zwalczaniu gruźlicy płuc. — Obarski Fr.: Obecny stan udzielania pierwszej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach w Polsce w świetle ankiety. — Gronowski W. i Skrzypkowski W.: Ochrona zdrowia dzieci — kolonie, półkolonie i obozy wychowania fizycznego Rodziny Kolejowej. — Boniecki B.: O działalności „Wyjazdowej polikliniki położniczej". — Zdrojewski Z.: O przygotowaniu Stacji Pogotowia Ratunkowego do celów obrony przeciwlotniczo-gazowej biernej. — Słoniński Z.: Znaczenie instytucji Pogotowi Ratunkowych dla życia sportowego w Polsce. — Niedźwiedzki M.: Kilka uwag o leczeniu zdrojowiskowym chorób kobiecych hormonalnym oraz borowiną stosowaną dopochwowo.

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 6—7. 1939. Berger H.: Zakażenie ogniskowe a leczenie przewodów. — Margulies H.: Częściowa resorbcja zęba 7+, spowodowana przez skośnie się wyrzynający na wpół zatrzymany ząb 8+. — Radošević E.: Fizjologia i patologia zęba (c. d.). — Sieniawski J. i Frankowski A.: Spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne nad szczepionką wg Delbet'a (Delbeccin Klawe). — Smelhaus S.: Badania nad dawnymi narzędziami, służącymi do usuwania zębów oraz nad techniką usuwania zębów. — Brill M.: Wrażenia ze stanu wiedzy lekarskiej, w szczególności stomatologicznej w Palestynie. — Czortkower S.: O wstępowanie do zawodu lekarsko-dentystycznego.

Kronika Wenerologiczna. Nr 4. 1939. Walter Fr.: Serodiagnostyka kiły na usługach lekarza praktyka. — Grzybowski M.: Niektóre idee przewodnie syfilologii współczesnej (c. d.).

Praca i Opieka Społeczna. Z. 4. 1938. Puławski Z.: Koniunktura gospodarcza a bezpieczeństwo pracy. — Iwaszkiewicz W.: Polityka społeczna Niemiec w roku 1938. — Pietrykowski Wł.: Węgierska ustawa o dodatku na wychowanie dzieci. — Sukiennicki H.: Ubezpieczenia społeczne na Zaolziu. — Luidorówna Br.: Dziecko nieślubne w prawie duńskim i polskim. — Danielski J.: Pomoc lecznicza na wsi.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 26. 1939.

Pielęgniarka Polska. Nr 6. 1939.

Oceny

Atlas chorób skóry. JAN T. LENARTOWICZ. 215 rycin z krótkimi objaśnieniami. Kraków, 1939. Nakładem Polskiej Akademii Umiejętności.

Gdy Lenartowicz wydał *Zarys chorób skóry*, dzieło dermatologa lwowskiego spotkało się z przyjęciem nader przychylnym (1936 r.). W ocenach podnoszono zalety podręcznika, mniemano jednak powszechnie, że zaopatrzenie w ryciny podniosłoby znacznie jego wartości dydaktyczne. Uwagi były słuszne, a Lenartowicz nie był głuchy na dobre rady. W wyniku tego rodzime piśmiennictwo lekarskie zyskało cenny *Atlas chorób skóry*. Atlas Lenartowicza jest naturalnym uzupełnieniem *Zarysu chorób skóry*. Te dwie prace tworzą całość niepodzielną. Korzystam z tej uwagi i zaznaczam od razu, że uważam za pożądane, by w nowym wydaniu *Zarysu* znalazły się odnośniki do odpowiednich rycin *Atlasu*.

Ocena każdego zbioru rycin dermatologicznych należy do zadań niełatwych. O *Atlasie* Lenartowicza można powiedzieć, że jest w ogóle piękny. Dobór, uszeregowanie oraz wykonanie rycin jest bardzo staranne. Wydaje się, że autorowi chodziło o to, by uczący się miał przed oczyma podobizny tych schorzeń skóry, tych zmian tkankowych, z którymi najczęściej spotyka się w działalności praktyczno-lekarskiej. Dlatego uwzględniono szeroko takie działy, jak np. gruźlicę, łuszczycę, grzybice, nowotwory, rumienie itp. W niektórych miejscach zostały celowo umieszczone obok siebie zmiany skóry gruźlicze i przymiotowe, wykazujące wielkie podobieństwa postaciowe (np. ryc. 49 i 50). Grzybica naskórkowa kończyn jest, być może, nieco okrojona. Wolałbym, aby wymiary nabłoniaków były większe. Tutaj mamy za dużo twarzy i szyi, a za mało tworu chorobowego (ryc. 200—203). Wszystkie ryciny tych działów są jednak bardzo wyraźne i pouczające.

W każdym atlasie i w każdym podręczniku ilustrowanym zawsze musi znaleźć się pewna liczba rycin mniej udatnych. O niektórych musiałbym powiedzieć, że są „nieme": nie przemawiają do wyobraźni nawet po przeczytaniu objaśnienia. Dla przykładu wskażę na ryc. 177—179, 181 (przyłuszczyca, osutka plamista kiłowa, liszajec opryszczkowy). Inne ryciny są niewyraźne, np. 65 i 66 (toczeń rumieniowaty), 89 (rumień pokrzywkowy), 163 (nabłoniaki i róg skórny), 182 (liszajec opryszczkowy). Takie obrazy stają się bardziej jasne i zrozumiałe po przeczytaniu dołączonego objaśnienia, albo też odpowiedniego rozdziału *Zarysu chorób skóry*. Wreszcie wspomnę o podobiznach, które uważałbym za niedostatecznie znamienne. Może to dotyczyć np. ryc. 166, 183, 214. W rogowaceniu kanalikowatym nie można dopatrzeć się kanału szczelinowatego, który biegnie wzdłuż wału. Ziarniniak grzybiasty jest ujęty zbyt ułamkowo; nie przemówiła do mnie rycina 214. To samo musiałbym powiedzieć o ryc. 183. Gdy spojrzałem na nią, byłem przekonany, że rzecz dotyczy grzybicy naskórkowej potnicowej z odczynem łuszczycowatym. Wyznam otwarcie, że w zapaleniu ciągłym skóry kończyn wolałbym widzieć palce i paznokcie.

Moje uwagi sprawozdawcy dotyczą nie tyle istoty sprawy, ile zagadnień technicznych. Nie obniżają one wysokiej wartości dydaktycznej *Atlasu*, a drobne usterki mogą być usunięte łatwo w wydaniu nowym. Nie wątpię, że piękny *Atlas* Lenartowicza spełni należycie swe zadanie. Muszę tutaj podnieść jeszcze jedną zaletę: Lenartowicz wszędzie wysuwa mianownictwo polskie na miejsce naczelne. W objaśnieniach rycin używa on wyłącznie mianownictwa polskiego. Ryciny posiadają podpis dwujęzyczny: na pierwszym miejscu znajduje się nazwa polska, na drugim łacińsko-grecka. Ta dążność do wyplenienia dermatologii ojczystej z chwastów mianownictwa obcego zasługuje na najwyższe uznanie. Nie wątpię, że dobry przykład Lenartowicza znajdzie godnych naśladowców.

Zwrócę jeszcze uwagę na niezwykle niską cenę Atlasu: zł 20 za egzemplarz oprawny w karton. Od tej niebywale niskiej ceny studenci otrzymują jeszcze zniżkę 25%. Jest to oczywiście zasługą Polskiej Akademii Umiejętności.

Robert Bernhardt.

Przegląd piśmiennictwa

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dzieciece

Przeciwgonadotropowe działanie surowicy rakowych. W. RODEWALD. Klin. Woch. Nr 1, 1939.

W związku z badaniami dotyczącymi obecności antyhormonów w surowicy rakowych, autor zajął się pytaniem, czy suro-

wica rakowych nie działa hamująco na gonadotropowy hormon przysadki mózgowej. Flaks i Ber w doświadczeniach swoich stwierdzili, że za pomocą moczu rakowych u młodych myszek można powstrzymać luteinizujące działanie wstrzykiwań prolanu. Autor w doświadczeniach wykonanych na młodocianych białych myszach starał się stwierdzić, czy istotnie surowica rakowych działa powstrzymująco na gonadotropowy hormon przedniego płata przysadki mózgowej. Otóż okazało się, że surowica rakowych, aczkolwiek sama ma niejakie działanie dojrzewające na jajnik, po wielokrotnych jej zastrzykach działa wyraźnie powstrzymująco na następowe stosowanie hormonu gonadotropowego przysadki i świadczyłoby to istotnie o obecności w niej antyhormonu, podobnie jak to już wykazano dla hormonu tyreotropowego. Autor przypuszcza, że nie chodzi tu o obecność w przysadce pewnych swoistych oddzielnych przeciwciał skierowanych przeciw pewnym poszczególnym hormonom, lecz raczej o pewne ochronne działanie przeciw pewnym zespołom hormonów.

W związku z tymi badaniami należy zwrócić uwagę na zaburzenia płciowe u chorych rakowych, co już podnieśli Sauerbruch i Knake. Na zaburzenia w cyklu płciowym u zwierząt ze skłonnością do powstawania u nich samorodnych nowotworów, które przypisują zmianom w produkcji hormonu gonadotropowego, a które dają się częściowo usuwać przez doprowadzenie prolanu przysadki. Gonadotropowy hormon wyciągów z przysadki ma działać powstrzymująco na rozwój raka. Zwrócono też szczególną uwagę w ostatnich czasach na znaczny udział przysadki w chorobie raka, a więc także w powstawaniu raka, co podnosi m. i. Lacassagne — nie jest to jednak jeszcze pewne. *W. Nowicki* (Lwów).

Wpływ motocyklizmu na kończyny dolne. W. SIDOROWICZ. Medycyna. Nr 12. 1938.

Autor na podstawie zbadania 74 motocyklistów dochodzi do następujących wniosków: w dużym odsetku jeżdżących na motocyklu powstaje względne skrócenie kończyny, używanej do zapalania motoru. Powstaje ono dość szybko, przy czym może też po zaprzestaniu jeżdżenia cofnąć się zupełnie. Po wieloletnim jeżdżeniu mogą występować w odpowiednim stawie biodrowym bóle o charakterze gośćcowym, przypuszczalnie wskutek sumowania się długotrwałego urazu przez wprawianie w ruch motoru. Dla uniknięcia skrócenia kończyny powinno się zapuszczać raz jedną, raz drugą nogą — albo lepiej powinny być wprowadzone automatyczne rozruszniki do wszystkich motocykli. *St. Malczyński* (Lwów).

Leczenie dijodtyrozyną choroby Basedowa w wieku dziecięcym. HELENA v. KRUKOWSKA i JAN ROSENBUSCH. Kinderärztliche Praxis. R. 10. Z. 3.

Choroba Basedowa w wieku dziecięcym przebiega zwykle bez powikłań. Zachowawcze leczenie nie odnosi czasem pożądanego skutku, wówczas autorowie dzielą zabiegi na trzy grupy: 1) naświetlanie promieniami Roentgena, 2) operacja, 3) chemiczne działanie na czynność tarczycy.

Ponieważ naświetlanie i operacja nie dają zadowalniających wyników, a zastosowanie zaleconego czystego jodu okazało się nieraz niebezpieczne, zwrócono uwagę na podawanie związków jodowych pod postacią dijodtyrozyny.

Na podstawie opisanych przypadków, w których przeważały: znaczny wytrzeszcz gałek ocznych i znaczne podwyższenie podstawowego spalania, nabrali autorowie przekonania, że leczenie dijodtyrozyną daje stanowczo trwałą poprawę i zupełne wyleczenie. *O. Zion* (Lwów).

O zapaleniu otrzewnej. H. GJANKOVIĆ. Liječnički Viesnik. Nr 3. Str. 157. 1939.

Opis 109 przypadków zapalenia otrzewnej, zbadanych po przebiciu wrzodów żołądka i dwunastnicy, które szczegółowo uzasadniają panujące przekonanie, że tylko stan chorego decyduje o rodzaju zabiegu, a nie czas, który upłynął od przebicia. Należy jednak unikać resekcji po upływie 12 godzin, a drenowanie i tamponowanie ograniczać do zamkniętych ognisk ropienia. Przy rozwiniętym, rozlanym zapaleniu zaleca się obszycie otworu przebicia. *R. Papée* (Lwów).

Ileitis regionalis. M. NEUMANN i A. VALEČIĆ. Liječnički Viesnik. Nr 3. Str. 163. 1939.

Obszerne omówienie objawów, rozpoznania i leczenia schorzenia na podstawie własnych przypadków i piśmiennictwa. Autorzy uwzględniają podział Crohn-Knappera na przebieg ostry i przewlekły z objawami zapalenia wrzodziejącego, ze skłonnością do przetok i zwężenia. Czynnikiem przyczynowym jest uraz, zakażenie, alergia, zaburzenia w krążeniu. Anatomopatologicznie należy *ileitis regionalis* do grupy guzów rzekomych, które łatwo powstają u osobników ze skłonnością do przerostu tkanki łącznej przy każdym podrażnieniu. W przypadkach autorów przeprowadzano ileotranswersostomię. *R. Papée* (Lwów).

Raki podudzia. S. PETKOVIĆ. Medicinski Pregled. Nr 1. 1939.

Opis trzech przypadków nabłoniaka podudzia godnych uwagi ze względów przyczynowych. W pierwszym przypadku zmiana utworzyła się w przetoce na tle przewlekłego zapalenia szpiku, w drugim w półtora roku po urazie, w trzecim w bliźnie amputacyjnej po zabiegu m. Pirogoff. We wszystkich 3 przypadkach musiano wykonać amputację nadkłykciową kości udowej. *R. Papée* (Lwów).

Przyczynek do badań klinicznych torbieli bąblowca u człowieka. TH. MOISESCO, V. PAIDIN i D. DUMITRESCO. Bulletin de l'Académie de Médicine de Roumanie. T. VI. Z. 5.

Autorzy opisują siedem przypadków zakażenia bąblowcem, z tego 4 z umiejscowieniem torbieli w płucach, 3 z torbielą wątroby. Rozstrzygający dla rozpoznania torbieli bąblowcowej płuc jest obraz rentgenologiczny, dodatni odczyn Cassoniego i stwierdzenie w plwocinie pęcherzyków i haczyków bąblowca. Pozostałe objawy, jak kaszel, wychudzenie, gorączka, krwioplucie, eozynofilia są zbyt banalne, by pozwoliły na rozpoznanie bąblowca. Jedynie skutecznym leczeniem bąblowca pozostaje zabieg chirurgiczny. Z 3 przypadków bąblowca wątroby 2 przebiegały jako ropne zapalenia opłucnej, trzeci zaś, pod postacią kamicy żółciowej z guzem podwątrobowym, żółtaczką i kolką żółciową. Rozpoznanie w tych przypadkach jest bardzo trudne. Przypadek o przebiegu kamicy żółciowej rozpoznany został dopiero na stole operacyjnym. *St. Rawicz* (Warszawa).

Widzialność zarazka przesączalnego w tkance nerwowej zwierząt zakażonych doświadczalnie neuro-wakcyną. S. NICOLAN. Bulletin de l'Académie de Médicine de Roumanie. T. VI. Z. 5.

Za pomocą barwienia błękitem metylo-szczawianowym i kwaśną fuksyną uwidocznić można zarazki przesączalne na przekrojach mózgu zakażonych zwierząt. Przedstawiają się one pod postacią ziarenek wśród- i pozakomórkowych. Zarazki nie rozwijają się w jądrach komórek, ani w otoczce włókien nerwowych, czym różnią się od zarazków opryszczki *(herpes)*. *St. Rawicz* (Warszawa).

Odczyn Henry'ego w doświadczalnym zakażeniu zimnicą. G. i A. BADENSKI, P. JONESCO i E. TERITEANO. Bulletin de l'Académie de Médicine de Roumanie. T. VI. Z. 5.

Autorzy przeprowadzili badania na 91 chorych na porażenie postępowe, leczonych zimnicą. Odczyn wykonywany był przed zaszczepieniem zimnicy, kilkakrotnie w okresie gorączkowym oraz w czasie i po leczeniu zimnicy i leczeniu przeciwkiłowym. Jak wynika z tych badań, odczytane odczyny nie pozwalają przewidywać ani odporności, ani wrażliwości na zakażenie zimnicą, dlatego też próba Henry'ego ma małe znaczenie praktyczne. *St. Rawicz* (Warszawa).

Szczepienie przeciwgruźlicze szczepionką B. C. G. w Rumunii. Dziesięć lat szczepienia w Bukareszcie. C. JONESCO-MIKAIESTI, M. CINCA, M. NOSTA, T. VEBER. Bulletin de l'Académie de Médicine de Roumanie. T. VI. Z. 5.

Materiał statystyczny obejmuje 32.509 dzieci, szczepionych w Bukareszcie, z tego 1.273 żyjących w środowisku zakażonym i obserwowanych indywidualnie przeważnie do 10 roku życia. Analiza materiału pozwala na następujące wnioski: 1) bezwzględna nieszkodliwość szczepionki, 2) znaczny spadek śmiertelności do lat 3 u dzieci szczepionych, w szczególności u dzieci żyjących w środowisku zakaźnym, 3) zmniejszenie zapadalności na gruźlicę, zmniejszenie ilości i rozległości ognisk gruźlicy utajonej, co ma szczególne znaczenie, tym bardziej, że stwierdzone zostało u dzieci do wieku lat dziesięciu. Działanie szczepienia rozciąga się zatem nie tylko na 3 pierwsze lata życia, ale i późniejsze, 4) autorowie uważają szczepienie B. C. G. jako jeden z najpotężniejszych zabiegów zapobiegawczych w zwalczaniu gruźlicy, polecając jego stosowanie na najszerszej podstawie społecznej. *St. Rawicz* (Warszawa).

Trasentina [1]) — *nowy środek przeciwkurczowy*. CH. MAHLKNECHT. Wien. med. Wschr. R. 87. Nr 4. Str. 109—110, 1937.

Autor omawia szczegółowo wyniki otrzymane z nowym środkiem przeciwkurczowym. Aby ocenić jego tolerancję wstrzykiwał domięśniowo najpierw 2% roztwór, a później 5% i na podstawie wielomiesięcznych spostrzeżeń przekonał się, że dawki 5 cm³ 5% roztworu wstrzykiwane domięśniowo, przy jednoczesnym doustnym lub doodbytniczym podawaniu 0,3 są doskonale znoszone. W leczeniu pozajelitowym wybrano drogę domięśniową, jako najszybciej działającą — przy wstrzykiwaniach domięśniowych działanie przeciwkurczowe, zaznaczające się ustępowaniem bólów, występowało w ciągu 15—20 minut. Czopki działają równie szybko, choć mniej intensywnie, za to dłużej.

Żadnych ubocznych działań przy stosowaniu Trasentiny nie zauważono — w porównaniu z innymi środkami przeciwkurczowymi jest ona dobrze znoszona. Dawkowanie winno być indywidualne. Najbardziej celowe okazało się w ostrym napadzie bólów stosowanie wstrzykiwań domięśniowych, a następnie — podtrzymanie ich działania czopkami.

Do badań służyli chorzy dotknięci skurczem gładkiej muskulatury różnych narządów, a przede wszystkim w schorzeniu pęcherzyka żółciowego. Ostre i podostre schorzenia pęcherzyka z napadami kolki ulegały po leczeniu Trasentiną wydatnej poprawie. Przy specjalnie długich napadach bólów nie dało się przeważnie uniknąć pantoponu lub morfiny. W niewielkich bólach przewlekłych, wystarczało doustne podawanie Trasentiny.

Nadspodziewanie dobre okazało się działanie Trasentiny w napadzie kamicy nerkowej — w 10 minut po domięśniowym wstrzyknięciu 1 ampułki Trasentiny bóle wyraźnie ustępują. Dzięki zwiotczeniu gładkiej muskulatury moczowodu, umożliwione jest odejście kamienia.

Trasentinę stosowano także w przypadkach dychawicy, lecz bez wybitniejszego wyniku. Tylko lżejsze przypadki reagowały na ten środek.

Na podstawie przeprowadzonych badań autor wnosi, że Trasentina swoim działaniem przeciwkurczowym dorównuje innym podobnym środkom, przewyższa je natomiast brakiem ubocznych działań. Specjalnie szybkie jest jej działanie w kolkach moczowodowej i pęcherzykowej oraz w kamicy nerkowej. W ostrym napadzie bólów najlepsza jest droga pozajelitowa (domięśniowa) i doodbytnicza, w przewlekłych przypadkach doustna. Wyżej wymienione właściwości Trasentiny pozwalają w wielu przypadkach uniknąć morfiny.

W. Kurowski (Warszawa).

Uśpienie dożylne w Klinice Oto-Laryngologicznej U. J. P. LUDWIK KOENIGSTEIN. Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny. T. 14. Nr 1—2. Str. 247. 1938.

Na 120 operacyj, wykonanych w narkozie dożylnej przy pomocy Sennarcol-Natrium, przypadało na operacje doszczętne ucha 62 przypadki, 43 na zwykłe wydłutowanie wyrostka sutkowego, 12 na operacje zatok bocznych nosa oraz 3 plastyczne nosa. W przypadkach tych autor stosował wyłącznie uśpienie Sennarcolowe, bez dodatkowego przygotowania chorych innymi środkami narkotycznymi, a wstrzykiwania środka uskuteczniał w 10% roczynie wodnym z szybkością podawania 1 cm³ na 1 minutę. Ilość użytych cm³ roztworu 10% Sennarcol-Natrium wynosiła od 4—20, zależnie od indywidualnego reagowania chorego na środek. Autor wykonywał zabiegi chirurgiczne w tzw. III okresie uśpienia, w którym zanikają odruchy spojówkowe, rogówkowe, wiotczeją mięśnie brzucha oraz kończyn. Czas operacyj wahał się od 20—65 minut. Autor przy końcu pracy podnosi zalety uśpienia Sennarcolowego, jak: jego szybkość i głębokość, przy równoczesnym braku powikłań i toksyczności.

W. S. Hołobut (Warszawa).

Zimnica imitująca „zapalenie otrzewnej". L. RABINOWICZ i CH. ZISMAN. Wracz. Dieło. Nr 10. 1938.

Zimnica może przebiegać w postaci atypowej, zamaskowanej, zbliżonej w objawach do czerwonki, duru, schorzeń mózgu itp. Autorzy zwracają uwagę na przypadki zimnicy imitującej mniej lub więcej wyraźnie objawy otrzewnowe. U chorych tych w liczbie 11 stwierdzono silne bóle brzucha, napięcie powłok, nudności i wymioty, Rowsing, Blumberg dodatnie, objaw Mc Burney i inne. Dwa przypadki nawet zoperowano. W pozostałych przypadkach wstrzymano się od operacji, gdyż zwrócono uwagę na niestosunek pomiędzy nasileniem poszczególnych objawów, ciepłotą a ciężkością stanu ogólnego, lub też na skutek nagłego ustąpienia wszystkich objawów w związku z zakończeniem napadu zimnicy.

Jedyną pewną metodą rozpoznawczą jest badanie krwi na pasożyty zimnicy, dokonane dokładnie i wielokrotnie. Oczywiście, że poza wynikiem badania mikroskopowego należy uwzględnić także stan kliniczny: przecież chory z zimnicą, mający pasożyty we krwi, może zachorować na zapalenie wyrostka robaczkowego lub drążący wrzód żołądka.

M. Segal (Jędrzejów).

---

[1]) Preparat dotąd niezarejestrowany w Polsce — (przyp. Ref.).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia

Wypadek wścieklizny u człowieka. J. FINEL. Revue Neurologique. T. 70. Nr 2. 1938.

Kobieta w wieku 61 lat została ugryziona w kwietniu 1937 roku przez wściekłego psa. Przeprowadzono leczenie szczepionką według Pasteura (32 zastrzyki). Na początku grudnia 1937 r. powstały wyraźne objawy wścieklizny — stan podniecenia z lękami. Choroba trwała przez 48 godzin. Przy sekcji stwierdzono ciałka Negriego w *cornu Ammonis* i móżdżku, lecz bez reakcji zapalnej, jak rozszerzenie naczyń, infiltracji komórkowej itp. W *gyrus hippocampi*, prócz ciałek Negriego, zostały stwierdzone inne objawy reakcji tkanek, jak sprawy bujania. W półkulach mózgu stwierdzono nieliczne rozsiane ciałka Negriego, bez reakcji zapalnej; w rdzeniu pacierzowym i przedłużonym stwierdzono zmiany komórek w postaci chromatolizy, prócz tego w mózgu zapalną reakcję znacznego stopnia i prawie zupełne zniknięcie jąder n. błędnego. Neurofibrile we wszystkich odcinkach mózgu nie zdradzały zmian.

Przy pomocy metody Achakarro (rebro i tannina) stwierdzono przeważnie w *cornu Ammonis* i *gyrus Hippocampi* ogromną ilość ciałek Negriego różnej wielkości, nie tylko w komórkach, lecz też w tkance interstycjalnej.

K. Walker (Równe).

Padaczka odruchowa. V. PITHA. Revue Neurologique. T. 70. Nr 2. 1938.

Opisanie bardzo rzadkiego wypadku padaczki odruchowej. W wieku 4½ lat, a potem w wieku 5½ lat chory, obecnie student medycyny, doznał urazu czaszki: raz po uderzeniu siekierą, drugi raz przy upadku z wozu. Od 6 roku życia cierpi na drgawki obustronne bez utraty przytomności. Drgawki trwają około jednej minuty. Napady drgawek zawsze wywołują gwałtowne ruchy dolnej kończyny. Od 17 roku życia drgawki powstawały tylko jednostronnie, z jednej albo z drugiej strony i trwały jedną minutę. Chory nigdy nie tracił przytomności podczas napadów; często napadu doznawał podczas pływania. Napady zdarzały się zawsze przy gwałtownych ruchach dolnych kończyn i to tylko na początku tych ruchów. Przy dalszych ruchach, np. podczas jazdy na rowerze drgawki znikały i nie ponawiały się. Drgawki powstawały po lewej albo prawej stronie. Gwałtowną innerwacją innych mięśni chory zawsze mógł wstrzymać drgawki. Drgawki można u chorego wywołać biernym poruszeniem nogi, np. wstrząsaniem. Ani badanie kliniczne (stwierdza się tylko drżenie górnych kończyn typu parkinsonowego), ani badanie serologiczne, ani hematologiczne, nie stwierdziło organicznych zmian chorobowych.

K. Walker (Równe).

Leczenie świądu sromu. ST LIEBHART. Gin. Pol. T. XVII. Z. XI—XII.

Świąd sromu jest cierpieniem mało zbadanym, zarówno pod względem etiologii, jak i swego charakteru. Dotychczasowe wyniki lecznicze były na ogół bardzo nikłe tak, że lekarz był często zupełnie bezradny wobec tego bardzo przykrego cierpienia. Dopiero po wprowadzeniu leczenia hormonalnego dało się osiągnąć dobre wyniki lecznicze.

Autor stosował z dobrym wynikiem folikulinę w zastrzykach w dużych dawkach (50.000 jedn. m.), a także miejscowo na srom w postaci maści zawierającej 1000 j. m. hormonu jajnikowego na 1 g lanoliny.

M. Segal (Jędrzejów).

Kilka uwag w sprawie omamów w organicznych cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego. JÓZEF HANDELSMAN. Rocznik Psychiatryczny. T. 34—35. 1938.

Spośród licznych prac o omamach, zawartych w tomie 34—35 Rocznika Psychiatrycznego, posiada (zdaniem ref.) dla lekarza-praktyka artykuł Handelsmana szczególne znaczenie. Autor omawia sprawę omamów wzrokowych w niektórych cierpieniach mózgu, opierając się na kazuistyce własnej (z badaniami anatomicznymi) oraz na piśmiennictwie.

W licznych cierpieniach organicznych układu ośrodkowego obserwuje się od czasu do czasu omamy wzrokowe. Należy

o tym pamiętać w przypadkach guzów mózgu, padaczki, stwardnienia rozsianego i innych, z którymi spotykamy się w praktyce codziennej (autor przytacza nawet przypadek niedokrewności złośliwej z omamami). Omamy mogą być uwarunkowane uszkodzeniem organicznym miejscowym. Poza tym jednak czynniki zakaźne lub intoksykacyjne odgrywają bardzo poważną rolę, wpływając na świadomość osobnika przez podrażnienie ośrodkowego układu nerwowego.

Obständer (Bielsko).

Septicaemia paciorkowcowa po porodzie. Wyleczenie. J. A. PUGA, M. SANTIAGO. Bol. Soc. Chil. Obst. Gin. Nr 5. Str. 214. 1937.

W wypadku ciężkiego zakażenia połogowego (*septicaemia* wywołana paciorkowcem hemolitycznym) zastosował autor bez wyniku leczenie surowicą i przetoczenie krwi. Po podaniu prontosilu przez 3 dni codziennie 1 ampułka domięśniowo i 2 tabletki doustnie, przez 4 dni po 2 ampułki domięśniowo i 6 tabletek doustnie — następne 9 dni po 9 tabletek dziennie, nastąpiło wyleczenie.

Ribbeck (dyskusja) tylko po leczeniu prontosilem miał dobre wyniki. Vaicaro obserwował doświadczalnie doskonałe wyniki po stosowaniu prontosilu u białej myszy.

F. Garwicz (Warszawa).

Wyleczenie za pomocą witaminy C (Cebionu) ciężkiego przypadku wymiotów ciążowych. LUIZ GUIMARAES DAHLHEIM. Annaes Brasileiros de Gynecologia. T. 5. Nr 1. Str. 18. 1938.

W ciężkim przypadku wymiotów niepowściągliwych u pierwiastki w III miesiącu ciąży nie występuje żadna poprawa po zwykłym sposobie leczenia. Codzienne wstrzykiwania Cebionu dały natychmiastową poprawę podmiotową i przedmiotową stanu chorobowego. Po zwolnieniu z kliniki chora zażywa jeszcze nadal po jednej tabletce Cebionu codziennie. Przebieg ciąży jest teraz prawidłowy. Autor sądzi, że skuteczność tłumaczy się ogólnym działaniem witaminy C na ustrój. Jeżeli weźmie się pod uwagę spalanie węglowodanów i wydzielenie soli mineralnych, występujące w zatruciu ciążowym, a szczególnie przy wymiotach niepowściągliwych, można przypuszczać, że działanie witaminy C w zaburzeniach na tle ciąży tłumaczy się przede wszystkim jej wpływem na nadnercze.

St. Domicz (Warszawa).

Chemoterapia rzeżączki preparatami sulfamidowymi. Część IV. *Dagenan.* M. WOWKONOWICZ i J. BURAWSKI. Przegl. Dermat. Nr 4, 1938.

Nowy środek chemoterapeutyczny, będący para-amino-benzeno-sulfamido-pirydyną, pn. Dagenan, został zastosowany w leczeniu ostrych, jak i przewlekłych przypadków rzeżączki. W grupie liczącej 22 chorych stosowano wyłącznie Dagenan doustnie z zupełnym pominięciem leczenia miejscowego, a uzyskane wyniki lecznicze dowiodły skuteczności takiego sposobu leczenia. Gonokoki z wydzieliny cewki moczowej znikały w większości przypadków już w drugim dniu leczenia Dagenanem, a wydzielina ropna na 3. i 4. dzień leczenia. U 17 chorych stosowano Dagenan równocześnie z zabiegami miejscowymi (płukania Janet'a). Autorowie wyrażają przekonanie, że Dagenan działa wybitnie na objawy kliniczne rzeżączki i na znikanie gonokoków w wydzielinie, objawiając swój wpływ również w przypadkach rzeżączki świeżej. Dagenan stosować można, według autorów, z dobrym wynikiem bez leczenia miejscowego, przy czym w żadnym przypadku nie obserwowano poważniejszych objawów ubocznych.

Olenderczyk (Warszawa).

Higiena i medycyna społeczna

Gruźlica w przemyśle. A. R. RIDDELL. Industrial Medicine U. S. A. Nr 5, 1937.

Autor stwierdza, że we wszystkich cywilizowanych krajach, w ciągu ostatnich 50 lat, śmiertelność z powodu gruźlicy zmniejszyła się. Na rozwój gruźlicy w przemyśle mają wpływ następujące momenty:

1) przepełnione warsztaty pracy, co sprzyja zakażeniom i rozszerzaniu się choroby,

2) postawa podczas pracy, która nie pozwala na prawidłowe przewietrzanie płuc,

3) specjalne systemy wentylacji i właściwości powietrza, które wydają się wywierać, wprost przeciwny od spodziewanego, wpływ na odporność organizmu,

4) materiały, które dostają się w postaci pyłu i dymu do płuc, obniżają odporność i zmieniają przebieg zakażenia.

Przepełnione warsztaty pracy stanowią może najważniejszy czynnik szkodliwy.

Autor dzieli zajęcia przemysłowe na dwie grupy. Do pierwszej zalicza m. inn. krawców, szewców, drukarzy i uważa, że zawody te wymagają stosunkowo lekkiej pracy, która w większości wypadków odbywa się w pozycji siedzącej. Należy pamiętać, że praca w tych zawodach, będąc raczej lekką, przyciąga ludzi o stosunkowo słabej konstytucji, u których wytrzymałość na choroby w ogóle może być bardzo niska. Jest również możliwe, że osobnicy przystępujący do niej są już chorzy na gruźlicę.

Do drugiej grupy zalicza autor takie gałęzie przemysłu, w których robotnicy stykają się ze szkodliwymi materiałami w postaci pyłu. Gruźlica występuje w tej grupie u ludzi w wieku średnim i starszym, którzy rozpoczynają pracę przeważnie jako osobnicy zdrowi o silnej konstytucji.

W dalszym ciągu autor wyraża pogląd, że aczkolwiek wdychanie pyłu krzemowego może wywołać krzemicę, jednak częściej ma się do czynienia jednocześnie również z zakażeniem gruźliczym. Krzemica z punktu widzenia klinicznego i wyników zdjęć promieniami Roentgena, przedstawia dwie postacie: tzw. krzemicę prostą i powikłaną, czyli krzemico-gruźlicę. Rozróżnienie tych postaci ma znaczenie podstawowe, gdyż krzemica powikłana stanowi niebezpieczeństwo dla towarzyszy pracy. Ponieważ dotąd nie znaleziono żadnego sposobu na rozpuszczenie włóknistej tkanki płucnej, krzemica skraca okres życia ludzkiego i zmniejsza odporność płuca na zakażenie. Zdaniem autora, obecność krzemu w tkance płucnej pobudza wzrost zarazków gruźlicy, sprzyja szerzeniu się choroby. Krzem i prątek Kocha stanowią bardzo niebezpieczne zestawienie dla organizmu ludzkiego.

Z punktu widzenia przemysłu, leczenie gruźlicy nie jest zachęcające, ale należy podkreślić duże znaczenie środków zapobiegawczych. Nie różnią się one od ogólnie stosowanych. Największe znaczenie ma oczywiście interes ogólny. Jeżeli w warsztacie pracy pojawi się gruźlica, należy dokładnie zbadać warunki pracy, co może pozwolić na ustalenie czynników sprzyjających zakażeniu i jego rozwojowi. Osobników chorych należy oddzielać od pozostałych i dlatego niezbędne jest przeprowadzanie badań okresowych całego personelu. Badania mogą polegać na zebraniu wywiadów i zdjęciu promieniami Roentgena klatki piersiowej. Może być również przeprowadzone dodatkowe badanie fizykalne, wreszcie próba skórna. Najlepsze wyniki daje oczywiście zdjęcie promieniami Roentgena wraz z badaniem fizykalnym. Niezbędne są również badania wstępne, zwłaszcza w zakładach, w których istnieje niebezpieczeństwo krzemicy.

Zastosowanie odpowiednich metod walki z pyłem i zakażeniem, usuwanie z pracy osobników chorych, może przyczynić się do rozwiązania zagadnienia gruźlicy w przemyśle.

Kiła w przemyśle. J. J. ELLER. Industrial Medicine U. S. A. Nr 4, 1937.

Znaczenie społeczne oraz ekonomiczne zagadnienia kiły stało się przyczyną, że przemysł interesuje się nim coraz bardziej, uznając kiłę, jako czynnik oddziałujący w ogromnym stopniu na wartość siły ludzkiej. Walka z kiłą powinna połączyć wysiłki państwa, klinik, szpitali i społeczeństwa i winna być koordynowana i prowadzona przez państwową służbę zdrowia. Nie jak walka z rakiem i gruźlicą, walka z kiłą może być bardziej skuteczna, ponieważ wiedza lekarska posiada odpowiednie i skuteczne środki. Badania lekarskie, połączone z badaniem krwi, pozwolą na rozpoznanie jak największej liczby przypadków, wczesne leczenie świeżo zakażonych przypadków zapobiegnie zakażeniu środowiska. Leczenie ciężarnych spowoduje urodzenie się zdrowego dziecka. Dużą rolę może odegrać odpowiednia propaganda i uświadomienie ludności. Kiła winna przestać być tematem, o którym nie należy mówić.

Walka z kiłą w przemyśle winna być prowadzona według następujących podstawowych wytycznych: 1) każdy nowo przyjęty pracownik winien być poddany dokładnemu badaniu lekarskiemu i badaniu serologicznemu krwi; 2) takiemu badaniu winni ulec wszyscy już zatrudnieni pracownicy; 3) wszystkie wykryte przypadki kiły winny być leczone; 4) środki zapobiegawcze winny znaleźć ogólne zastosowanie; 5) leczenie kiły należy włączyć do tych korzyści, jakie dają wszelkie urządzenia lecznicze i zapobiegawcze; 6) niezbędne jest rozpowszechnianie wiadomości, dotyczących choroby w formie popularnej wśród pracowników.

W końcu artykułu autor zaznacza, że leczenie kiły winno być uznane przez instytucje ubezpieczeniowe, które współpracują z przemysłem, jako moment bardzo ważny dla interesów finansowych.

Obowiązkowe zgłaszanie przypadków ciąży w 3—4 miesiącu u kobiet pracujących. Rassegna di Medic. applicata al Lavoro Industriale. Nr 5. 1937.

Opisawszy w krótkich zarysach historię oraz rozwój ustawodawstwa światowego o obowiązku zgłaszania ciąży, autor niniejszego artykułu omawia zagadnienie jedynie z punktu widzenia opieki społecznej. Stwierdza możliwość łatwego stosunkowo postawienia rozpoznania ciąży w 3—4 miesiącu, a w przypadkach klinicznie wątpliwych, możność skorzystania z nowoczesnych odczynów, a w szczególności z reakcji Friedmanna, prawie w 98% niezawodnej. Następnie podkreśla korzyści, jakie można było by osiągnąć z zasady wczesnego zgłaszania ciąży, jeśli się weźmie pod uwagę różnorodne czynniki, powodujące śmierć matki płodu, noworodka, które można usuwać, lub też zredukować do minimum. Autor dowodzi na podstawie statystyk, że śmiertelność rodzących, jak również noworodków, dałaby się znacznie zmniejszyć, gdyby kobiety otoczone były odpowiednią opieką podczas ciąży i porodu. Warunkiem jednak zasadniczym, ażeby zgłaszanie ciąży dawało dobre wyniki, jest badanie kobiet przez specjalistów i roztoczenie nad kobietami opieki ginekologicznej podczas całego okresu ciąży oraz umieszczanie w specjalnych instytutach wszystkich przypadków patologicznych ciąży i porodu. Następnie autor opisuje i omawia korzyści z wczesnego zgłaszania przypadków ciąży u robotnic i dowodzi na podstawie statystyk, że robotnice w większym stopniu zapadają na choroby podczas ciąży i porodu. Na zakończenie autor radzi rozszerzyć obecną ustawę z dnia 28 sierpnia 1930 roku, zalecającą zgłaszać przypadki ciąży u robotnic w 6. miesiącu, przesuwając termin z 6. na 3—4 miesiąc, z zamiarem otoczenia robotnicy opieką lekarską podczas całej ciąży oraz porodu. Projekt ten całkowicie odpowiada intencjom polityki demograficznej Włoch.

Przyczynek do orzecznictwa w zawodowych chorobach nerek. HELLMUT MARX. Zeitschr. f. aerztliche Forbildung. Nr 24. 1937.

Na wstępie artykułu autor omawia trudności, jakie napotyka lekarz przemysłowy w orzecznictwie zawodowych chorób nerkowych oraz zaznacza przy tym, iż ze względu na konieczność rozpoznania niekiedy choroby zawodowej przez wyłączenie, odpowiedzialność lekarza orzekającego jest bardzo duża.

Następnie autor podkreśla wielką ewolucję, jaka dokonała się w ostatnich latach w fizjologicznym i klinicznym ujmowaniu chorób nerkowych i czynności nerek. Uwzględnia się bowiem, przy rozpatrywaniu sprawy chorobowej nerek, wzajemny stosunek schorzeń nerkowych do chorób naczyń krwionośnych oraz czynności nerek do wydzielania wody. Obecnie przypisuje się nerkom tylko nieznaczną rolę w wydzielaniu wody.

W dalszym ciągu artykułu autor przechodzi do omówienia białkomoczu, najważniejszego jednak najczęściej przecenianego objawu choroby nerek.

Białkomocz nie zawsze oznacza chorobę nerek, bowiem również przy zdrowych nerkach zdarza się czasami wydzielanie białka. Można to zaobserwować najlepiej przy ortostatycznej albuminurii u ludzi młodych, astenicznych, o mocno skrzywionym kręgosłupie, wolnych od cierpień nerkowych. Niewłaściwe byłoby tutaj stosowanie leczenia dietetycznego, wskazane jest raczej ortopedyczne i naprawienie postawy ciała.

Nie oznacza również choroby nerek zahamowanie ich czynności u chorego na serce. Często duże trudności przedstawia rozpoznanie choroby, które możliwe jest dopiero po wyleczeniu serca i usunięciu objawów zahamowania wydzielania moczu.

Także i przy zapaleniu nerek z ilości białka nie należy wyprowadzać daleko idących wniosków, bowiem procentowa zawartość białka zawsze zależy od ilości wody w moczu. Niedopuszczalne jest badanie najpierw moczu stężonego, a później rozwodnionego, porównywanie zawartości białka oraz przypisywanie zmniejszenia się ilości białka skutkom leczenia. Z ilości białka nie można nigdy wnioskować o stanie ciężkości choroby, obserwuje się bowiem lekkie przypadki chorób nerkowych o dużej ilości białka i odwrotnie, poważne przypadki o małej zawartości białka w moczu.

Przy dużej ilości białka, braku ciałek czerwonych w osadzie oraz braku wzmożonego ciśnienia krwi, rozpoznaje się zapalenie kanalików. W praktyce nie ma zasadniczej różnicy między zapaleniem kłębuszków i kanalików. Liczne przypadki zapalenia kłębuszków przedstawiają czasami obraz zapalenia kanalików, a te mogą skończyć się przez powikłanie zapaleniem kłębuszków lub marskością nerek. Spostrzeżenie to jest bardzo ważne dla lekarza przemysłowego, ponieważ część zatruć rtęcią, bizmutem i ołowiem przebiega pod postacią zapalenia kanalików.

Ważnym zawsze objawem choroby nerek jest stwierdzenie obecności krwi w moczu. Obecność ciałek czerwonych w osadzie wskazuje na uszkodzenie kłębuszków. Wprawdzie można zupełnie wyleczyć krwiomocz, jednak wymaga to energicznego postępowania. Należy zaznaczyć, iż rokowanie w ostrym zapaleniu kłębuszków jest bardzo dobre i uzależnione przy tym od konsekwentnego leczenia; ilość przypadków zupełnie wyleczonych wynosi 90—98%.

Przy badaniu krwi reszta azotowa, a więc zawartość mocznika w surowicy, jest najlepszym wskaźnikiem. Wprawdzie wiadomo dzisiaj, iż nie zawsze kliniczne objawy mocznicy widzi się przy wysokim poziomie mocznika, mimo to, mocznik stanowi najważniejszy punkt oparcia dla określenia reszty azotowej.

W ciągu ostatnich lat badania, przeważnie klinik francuskich, odkryły hipochloremiczną mocznicę. Ma tu miejsce przy anatomicznie zupełnie zdrowych nerkach nagły wzrost reszty azotowej przy równoczesnym spadku wskaźnika soli we krwi. Należy więc przy niejasnym stanie mocznika we krwi, określić także wskaźnik soli. Tego rodzaju mocznicę szczególnie spotyka się przy chorobach, związanych z wymiotami i biegunką.

Obecnie w laboratoriach klinicznych ogólnie przyjęto nową metodę, określenie ksantoprotein. Technicznie jest ona łatwa do przeprowadzenia i wskazuje na rolę gnicia zawartości jelitowych przy schorzeniach nerek. Tym samym umożliwia jednocześnie poznanie grupy właściwych trujących czynników, które są przyczyną niedokrwistości, a możliwie i objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego w mocznicy.

Stosowanie próby wodnej dla stwierdzenia stopnia choroby nerek zupełnie słusznie w praktyce zostało ograniczone, bowiem staranne badania wykazały, iż na wynik tej próby wpływają raczej odczyny tkanek, niż stan nerek. Wiadome jest, iż przy zaburzeniach wewnątrzwydzielniczych może zachodzić również zmniejszenie stężenia moczu, a nawet wydzielanie moczu o stałym ciężarze właściwym, uważane przedtem jako dowód rzeczywistej marskości nerek. Stan ten można zaobserwować przy schorzeniach przysadki mózgowej, przy braku jakichkolwiek zmian chorobowych nerek.

Próba wodna, przy uwzględnieniu zdolności stężania moczu, może wyjaśnić wpływ wydzielania wody na czynności nerek i wydzielenie wody w ogóle.

Do najważniejszych objawów choroby nerek należy wzmożone ciśnienie krwi i ściśle związane z tym zmiany na dnie oka. Stosownie do poglądów, wysuniętych na kongresie w Wiesbaden, nie może być ono prostym następstwem choroby nerek, raczej odwrotnie, skurcz tętniczek i wysokie ciśnienie niekiedy mogą stać się podłożem choroby nerek.

Stosownie do orzeczeń klinik, nadciśnienie powoduje pewne ciała, niewiadomego pochodzenia.

W końcu artykułu autor, omawiając sprawę leczenia chorych na nerki, zaznacza, iż należy stosować dietę małosolną, co zaś do zawartości białka w pożywieniu, to przy niektórych postaciach choroby nerek białko jest nieszkodliwe. W żadnej innej dziedzinie dietetyka nie osiągnęła tak pozytywnych wyników, jak w chorobach nerek. Tak więc rokowanie ostrych schorzeń nerkowych przy leczeniu we właściwym czasie jest bardzo korzystne. Również i osobnik cierpiący na przewlekłą chorobę nerek, pozostając pod obserwacją lekarską, może długi okres czasu wykonywać swą pracę zawodową.

(Z przeglądu referatowego zagranicznej literatury fachowej z dziedziny medycyny społecznej i ubezpieczeniowej oraz medycyny pracy. Rok II. Nr 6. Warszawa. 1938. — Rada Naukowo-Lekarska przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych).

Ruch w towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Polska Akademia Umiejętności
IV Wydział Lekarski

Posiedzenie z dnia 27 marca 1939 roku

Przewodniczący: Dyrektor H. Hoyer

Czł. St. Ciechanowski i M. Franke przedstawili pracę J. Nowickiego pt.: *Sprawa pooperacyjnego zapalenia ślinianki przyusznej w świetle badania anatomicznego.*

Interesująca sprawa tzw. pooperacyjnego zapalenia ślinianki przyusznej nie doczekała się dotąd systematycznego anatomi-

cznego zbadania, gdyż dotychczasowe prace mają charakter prac bardziej kazuistycznych lub doświadczalnych. Ten brak systematycznej pracy skłonił autora do wykonania anatomiczno-histologicznych badań, opartych na materiale sekcyjnym.

Ze względu na wzajemny stosunek fizjologiczny i patologiczny, zachodzący między śliniankami przyusznymi a gruczołami płciowymi, jądrami i jajnikami, autor, niejako dodatkowo, zajął się zbadaniem także tych gruczołów z materiału sekcyjnego.

Zbadany materiał obejmuje 78 przypadków, a rozpada się na dwie grupy; pierwsza składa się z 52 przypadków z wykonaną laparotomią z powodu zabiegów operacyjnych, przeprowadzonych na przewodzie pokarmowym i na narządach miednicy, druga grupa z 26 przypadków, w których nie wykonano żadnej operacji. Grupę przypadków operacyjnych autor podzielił na dwie części, tj. na pierwszą, obejmującą czyste przypadki (34 przypadków), i na drugą, obejmującą przypadki nieczyste, a więc zakażone. Prócz tego autor zbadał 42 przypadki przeważnie ostrych chorób zakaźnych dla porównania ich z materiałem poprzednim.

Dla ustalenia obrazów histologicznych autor dzieli zapalenia ślinianki przyusznej na podstawie obrazów spostrzeganych w swoim materiale na zapalenia nieżytowe, rozlane i ropne. Oczywiście mogą zachodzić ich kombinacje.

Przy krytycznym uwzględnieniu zapalnych zmian, z których część mogła istnieć już przed zabiegiem operacyjnym, stwierdził autor zapalenie ślinianki przyusznej niemal w *27%* zbadanego materiału operacyjnego, a więc powstało ono jako powikłanie po zabiegu operacyjnym. Nieco rzadziej wydarza się ono w przypadkach nie operowanych, ale zakażonych, przy czym wtedy ma ono charakter sprawy cięższej. Jeżeli się jednak zważy, że były to przypadki ciężkich zakażeń i niemal wyłącznie uogólnionych, to jednak należało by przyjąć, że mimo tego w przypadkach operacyjnych zapalenia ślinianki przyusznej wydarzają się częściej, niż w zakażonych przypadkach nieoperacyjnych. A więc wynikało by z tego, że ślinianki przyuszne w przypadkach zabiegów operacyjnych, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, są bardziej usposobione do zapalenia. Autor zgodnie z innymi stwierdził, że zapalenia ślinianek przyusznych szczególnie często powstają w przypadkach zabiegów operacyjnych, wykonanych na jajnikach.

Co do czasu powstawania zmian w śliniance przyusznej, to przekrwienie jej zjawia się w 1—2, rozlane zapalenia i zapalenia ropne w 3—7 dni po zabiegu operacyjnym.

Owe pooperacyjne zapalenia ślinianki przyusznej powstają, zdaniem autora, przede wszystkim drogą przewodów gruczołowych, znacznie rzadziej drogą krwionośną; te drugie są też znacznie cięższymi zapaleniami. Autor zwraca uwagę na możliwość zakażenia ślinianek także bezpośrednio z wprysłych w śliniankę gruczołów limfatycznych lub tkanki adenoidalnej (w materiale autora niemal w 50%), na co nie zwrócono uwagi.

W powstawaniu omawianego zapalenia ślinianek oraz w zagadnieniu, dlaczego właśnie po operacjach brzusznych ślinianka przyuszna ulega zapaleniu, mają znaczenie pewne warunki, jak pooperacyjna utrata wody, brak mucyny w wydzielinie ślinianki, jej niedorozwój, ogólne wyniszczenie i inne.

W pracy tej stwierdził autor, że istotnie chorzy po zabiegach operacyjnych, połączonych z otwarciem jamy brzusznej częściej zapadają na zapalenie przyusznicy. Natomiast autor nie mógł stwierdzić zależności między pooperacyjnymi zmianami w ślinianach przyusznych a niektórymi zmianami, przez niego spostrzeganymi w gruczołach płciowych, jądrach i jajnikach.

Praca objaśniona jest mikrofotogramami.

Czł. W. Nowicki i M. Franke przedstawili pracę W. Staufera pt.: *Przysadka mózgowa i gruczoły płciowe w przypadkach dłużej trwającego podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego.*

Badania autora opierają się na 36 przypadkach sekcyjnych, a mianowicie 11 kobiecych i 25 męskich. Celem pracy było stwierdzenie obrazu makro- i mikroskopowego przysadki mózgowej w przypadkach dłużej trwającego podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego i próba ustalenia, który z trzech typów komórek przysadki wytwarza hormon wzrostowy i płciowy.

Wyniki potwierdzają w dużej mierze badania Krausa.

W przypadkach dłużej trwającego znacznie podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego powstaje u kobiet i mężczyzn powiększenie ciężaru przysadki, zależne przede wszystkim od rozrostu komórek gruczołowych przedniego płata i od pojawienia się w nim komórek, które autor nazywa liliowatymi. Są to komórki, stanowiące ogniwo pomiędzy komórkami głównymi a kwasochłonnymi. U kobiet powstają w przysadce niekiedy typowe zmiany ciążowe. Zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, stwierdza się wybitny rozwój komórek kwasochłonnych oraz zanik, a nawet zupełny brak komórek zasadochłonnych w przednim płacie przysadki.

Równocześnie ze zmianami w przysadce powstaje u mężczyzn zanik jąder, niekiedy połączony z wybitnym rozrostem tkanki łącznej i zniknięciem komórek płciowych; u kobiet zaś pojawia się stale drobnotorbielkowe zwyrodnienie jajników. Zanikowe i zwyrodnieniowe zmiany gruczołów płciowych są wcześniejsze, niż zmiany w przysadce, i najwybitniej powstają w tych przypadkach, w których w przysadkach pojawiają się komórki liliowate, zmiany ciążowe, a także zmniejszenie liczby komórek zasadochłonnych. W przeważającej liczbie tych przysadek stwierdza się bardzo silny rozwój komórek kwasochłonnych. Wybitny rozwój przysadki, i to przede wszystkim przemianę komórek głównych w komórki eozynochłonne przy bardzo niepomyślnych warunkach, tj. wzmożonym ciśnieniu śródczaszkowym, które uszkadza nawet tak oporną tkankę, jak tkanka kostna, autor łączy z opadnięciem czynności gruczołów płciowych, które wpływa powstrzymująco na wydzielniczą czynność przysadki.

Zmiany stwierdzone w przysadce przypominają zmiany stwierdzane u trzebieńców, w akromegalii i w ciąży. W tych wszystkich stanach istnieje wzmożone wydzielanie hormonu wzrostowego z równoczesnym rozrostem komórek eozynochłonnych i tych komórek, które postaciowo są do nich zbliżone. Równoczesny brak komórek zasadochłonnych i zanik gruczołów płciowych przemawia za ścisłym związkiem komórek zasadochłonnych z wydzielniczą czynnością jąder i jajników.

Praca objaśniona jest trzema barwnymi rycinami.

Czł. St. Ciechanowski i W Nowicki przedstawili pracę J. Kowalczykowej pt.: *Grzybica guzowata a ziarnica złośliwa.*

Celem pracy było zbadanie zmian anatomicznych, występujących w grzybicy guzowatej *(mycosis fungoides)* oraz rozważenie stosunku tego schorzenia do ziarnicy złośliwej. Podstawą pracy było pięć przypadków grzybicy guzowatej, sekcjonowanych w krakowskim Zakładzie Anatomii Patologicznej w latach 1926—1938 (co w porównaniu z publikacjami innych autorów stanowi dość obfity materiał). Część przypadków autorka sekcjonowała osobiście, w pozostałych przeprowadziła szczegółowe badania histologiczne materiału zachowawczego w zbiorach Zakładu. Do porównania zmian anatomicznych występujących w grzybicy guzowatej ze zmianami w ziarnicy złośliwej posłużyły wybrane przypadki, również z materiału sekcyjnego Zakładu.

Wbrew głoszonym w ostatnich czasach poglądom, że grzybica guzowata jako jednostka nozologiczna w ogóle nie istnieje i jest tylko zespołem niecharakterystycznych zmian, dochodzi autorka do wniosku, że grzybica guzowata przedstawia charakterystyczny obraz kliniczny, łączący się z typowymi zmianami anatomicznymi.

Szczegółowe badanie wycinków ze zmian grzybicowych, przeprowadzane częściowo jeszcze za życia chorych, częściowo zaś w materiale sekcyjnym, dowodzi, że prócz ziarnistego rozpadu jąder komórkowych części utkania guzów grzybicowych, rozległe zmiany martwicze są wtórnymi, zależnymi od zmian w naczyniach krwionośnych. Zmiany w naczyniach występujące w ziarniniaku grzybiastym nie znajdowały dotąd należytego uwzględnienia w piśmiennictwie. Polegają one częściowo na wrastaniu w ścianę naczynia swoistej tkanki ziarninowej, częściowo na samodzielnym rozroście komórek wewnętrznej warstwy ścian naczynia, przez co powstają zmiany o typie zarostowego zapalenia naczyń. W związku ze zmianami w ścianie naczyń powstają wielokrotne zakrzepy i zatory, te drugie utworzone czasami z komórek grzybicowych. Następstwem tych zmian są rozległe i czasem bardzo szybko powstające rozległe zmiany martwicze nacieków grzybicowych oraz zmiany wtórne w narządach wewnętrznych. Te ogniskowe zmiany wtórne (np. guzy pomidorowate w płucach) przedstawiają obraz ścisłego zespolenia zmian swoistych, tzn. tkanki ziarninowej ze zmianami nieswoistymi, jak martwica i wtórne ropienie, stąd też należyta ich ocena nastręcza zawsze poważne trudności. Dlatego też niektórzy z autorów zaprzeczali możliwości istnienia swoistych zmian w narządach wewnętrznych.

Autorka rozważa następnie stosunek grzybicy guzowatej do zmian nowotworowych. Wprawdzie istnieje teoretyczna możliwość powstania nowotworu na tle ziarniniaka grzybiastego, jednak mimo naciekowego wrastania tkanki grzybicowej w ściany naczyń i mimo istnienia zatorów z komórek grzybicowych, ziarniniak grzybiasty nie może być uważany za sprawę nowo-

tworową, ponieważ jego komórki nie mają zdolności do samodzielnego, autonomicznego rozrostu, okazują natomiast skłonność do różnicowania się w kierunku tkanki włóknistej.

Określenie stosunku ziarniniaka grzybiastego do ziarnicy złośliwej nasuwa poważne trudności. W klasycznej swej formie niewątpliwie obydwa schorzenia są zupełnie odrębnymi jednostkami chorobowymi, jednak istnieją pomiędzy nimi pośrednie typy przejściowe. Ponieważ sposób odczynu tkankowego jest w obydwóch schorzeniach jednakowy, a przy tym posiada pewne cechy histologicznej swoistości, uważa autorka wykluczanie jakiejkolwiek wspólnoty etiologicznej ziarnicy złośliwej i ziarniniaka grzybiastego, przynajmniej narazie, i za przedwczesne i za nieuzasadnione.

Czł. K. L e w k o w i c z przedstawił własną pracę pt.: *Tuberkulokokkoid jako zarazek gośćcowy.*

Od roku 1897, tj. od wystąpienia P o n c e t a, podejrzewano, że przeważna część przypadków gośćca zależy od zakażenia gruźliczego. W ostatnim dwunastoleciu podjęli to zapatrywanie R e i t t e r, L ö w e n s t e i n i B e r g e r i dostarczyli na jego poparcie całego szeregu przekonywujących dowodów.

Nikomu jednak nie udało się dotąd przeprowadzić dowodu ostatecznego i jedynie rozstrzygającego, tj. dowodu bakterioskopijnego.

L e w k o w i c z, który od r. 1936 prowadził badania gruźlic zapalnych, mianowicie rumienia guzowatego, a potem zakażenia wszechgruźliczego, połączonego z zapaleniem krwotocznym nerek, i w tych postaciach nie stwierdzał typowych prątków gruźliczych, lecz ich formy ziarenkowcowate, przystąpił do badań gośćca, przypuszczając z góry, że także w tej chorobie musi chodzić o zakażenie tuberkulokokkoidowe.

Materiał do badań pochodził z trojga dzieci, które zmarły skutkiem ciężkich zmian sercowych o przyrodzie gośćcowej. W pierwszym z tych przypadków przeważały rozlane zmiany zastawki dwudzielnej, a tuberkulokokkoidy były zawarte głównie w histiocytach czy zwykłych komórkach łącznotkankowych. W dwóch innych sprawą główną było zapalenie mięśnia sercowego, w którym zmiany występowały w postaci dobrze odgraniczonych guzków lub więcej rozlanych nacieczeń, złożonych z właściwych komórek guzka gośćcowego, czyli reumatocytów.

Kokkoidy znajdowano tylko wyjątkowo w reumatocytach, ale w takim razie komórki te bywają nimi bardzo zakażone. Można przyjąć z wielkim prawdopodobieństwem, że jest to stan pierwotny, który wytwarza się po powstaniu zatoru kokkoidowego czy kokkoidoleukocytowego w jakimś małym naczyńku w przebiegu gruźliczej posocznicy u osobnika szybko się uodparniającego, po czym w przeważnej liczbie reumatocytów kokkoidy zostają zniszczone. Znaczna część kokkoidów pochłonięta jednak zostaje przez leukocyty i przeniesiona na obwód guzka albo nawet dalej w niezmienione lub mało zmienione przestwory.

Obraz zakażenia w gośćcu przypomina zatem stosunki we wszechgruźlicy — którą zresztą można pojmować jako ostre zakażenie gośćcowe — gdyż także w tamtej chorobie kokkoidy były zawarte głównie w leukocytach, co można by tłumaczyć wyczerpaniem układu siateczkowo-śródbłonkowego.

Sprawa zarazka gośćcowego wymaga oczywiście jeszcze dalszych badań, ale L e w k o w i c z sądzi, że prowizorycznie można już obecnie zastosować prawo „wszystko albo nic" i wypowiedzieć następujące twierdzenia:

1) Tylko tuberkulokokkoid jest zarazkiem prawdziwego gośćca.

2) Choroby przypominające gościec, ale wywołane przez inne zarazki, a nie tuberkulokokkoida, należy oddzielić od gośćca prawdziwego jako sprawy gośćcowate, czyli reumatoidy.

Czł. J. M o d r a k o w s k i przedstawił pracę wykonaną wspólnie z J. M a j c h e r c z y k i e m pt.: *Oznaczanie działania uspakajającego korzenia kozłka świeżego i suszonego.*

Badano za pomocą metody Modrakowskiego i Rusieckiego działanie uspokajające na kokainizowane myszy wyciągów wodnych, alkoholowych i eterowych jednego i tego samego korzenia kozłka lekarskiego *(Valeriana)* świeżego, suszonego i tzw. stabilizowanego.

Okazało się, że bezwarunkowo najsilniej działa wyciąg sporządzony zimną wodą z korzenia świeżego, przekraczając trzy do czterech razy działanie suszonego. Nalewki alkoholowe i eterowe zarówno ze świeżego jak i suszonego korzenia posiadają tylko trzecią część działania odpowiadających im wyciągów wodnych.

Wyjątek stanowią: alkoholatura ze świeżego korzenia, sporządzona przez gotowanie pod chłodnicą zwrotną oraz w analogiczny sposób sporządzone wyciągi z korzenia suchego z takim samym ogrzewaniem lub też bez ogrzania, lecz za pomocą silnego maszynowego wytrząsania. Takie alkoholatury posiadają połowę działania wyciągu wodnego.

Wyciąg zimną wodą wytrzymuje ogrzanie przy użyciu chłodnicy zwrotnej do 82° C. Gotowanie natomiast niszczy działanie, podobnie wpływa ogrzewanie na łaźni wodnej. Wskutek tego napar według Farmakopei Niemieckiej posiada bardzo słabe działanie. Natomiast napar według Farmakopei Polskiej działa dobrze dzięki temu, że według tej farmakopei sporządza się najpierw wyciąg zimną wodą, do którego dołącza się następnie właściwy napar.

Korzeń kozłkowy, stabilizowany ściśle według przepisów Perrot i Goris działa co prawda silniej niż zwyczajnie suszony korzeń, lecz posiada tylko połowę działania korzenia świeżego.

Natomiast surowiec stabilizowany sposobem fabrycznym w parze alkoholu pod zwiększonym ciśnieniem traci swoje działanie.

Czł. J. M o d r a k o w s k i przedstawił pracę wykonaną wspólnie z W. Z a k r z e w s k i m pt.: *Metoda oznaczania działania przeciwbólowego na myszach.*

Metoda autorów polega na oznaczaniu ciepłoty, przy której mysz wyciąga ogon z wody, przy powolnym jej ogrzaniu. Ciepłota ta wynosi normalnie 44.5° do 45.7°; jest ona bardzo stała dla jednej i tej samej myszy, nie ulegając większym wahaniom niż o 0.1° w różnych dniach.

Następnie oznacza się najmniejszą dawkę środków przeciwbólowych, która opóźnia reakcję wyciągania ogona o 2°.

Ciepłota i ruch wyciągania ogona mogą być zapisywane na papierze okopconym za pomocą opisanej aparatury.

Czł. J. M o d r a k o w s k i przedstawił pracę W. Z a k r z e w s k i e g o i W. G r o m u l s k i e g o pt.: *Oznaczanie działania przeciwbólowego morfiny i pochodnych.*

Za pomocą metody podanej w poprzedniej pracy oznaczali autorzy na myszach działanie przeciwbólowe morfiny oraz 10 jej pochodnych. Otrzymane wyniki ujęli w formie tablicy oraz zestawili z wynikami otrzymanymi przez innych autorów za pomocą różnych metod.

Czł. M. K o n o p a c k i przedstawił pracę M. C u n g e g o pt.: *Badania pochodzenia układu współczulnego.*

Autor prześledził rozwój układu współczulnego na preparatach seryjnych zarodków kurczęcia i myszy. Preparaty (komórki) barwiono gallocyjaniną, kresylechtviolettem, hematoksyliną, żelazistą Hansena, zielenią metylową-pyroniną i triacidem Ehrlicha-Biondiego, dobarwiano zaś eozyną, fuksyną i zielenią janusową; utrwalano w zmodyfikowanym utrwalaczu Kohna, w którym zamiast sublimatu użyto kwasu karbolowego; do barwienia zielenią metylową-pyroniną i triacidem Ehrlicha-Biondiego utrwalono w płynie Carnoy'a lub w alkoholu absolutnym. Włókna nerwowe barwiono metodą Bielschowskyego lub Cajala. Część zarodków utrwalono metodą Pasteels-Leonarda na glikogen i barwiono metodą Bauera.

Pierwsze zawiązki tworzącego się pierwotnego pnia współczulnego znalazł autor u zarodka kurczęcia mającego 3 doby i 21 godzin rozwoju. U myszy zaś wykrywał autor pierwsze ślady tworzącego się pnia współczulnego u zarodka 10-dniowego. Zawiązki te tworzą się według autora z komórek wywędrowujących z listewki nerwowej; twierdzenie powyższe opiera autor na obecności łańcuszkowego układu neuroblastów na drodze między listewką nerwową a pniem wiązek obwodowych, wzdłuż wiązek obwodowych oraz między nimi a grzbietowo-boczną okolicą ściany tętnicy głównej. Jako szczegół charakterystyczny podkreśla autor rozwój aparatu neurofibrylarnego w miarę stopniowego zbliżania się neuroblastów do wielkich naczyń. W jelicie splot współczulny tworzy się z elementów wywędrowujących z tworzącego się jednocześnie pnia współczulnego. Autor stwierdził to na podstawie łańcuszkowego układu sympatoblastów, które wąskim przejściem od pnia między żyłą i tętnicą główną wkraczały w kierunku krezki; w istniejącej już w tym czasie warstwie mezoblastycznej (9, 10 dzień rozwoju) znalazł autor nieliczne włókna nerwowe i sympatoblasty z długimi wypustkami. Brak tych elementów w krezce tłumaczy autor wywędrowywaniem włókien i komórek współczulnych z górnych części przewodu pokarmowego, tj. przełyku, dotąd wnikają one ze strony zawiązków pnia współczulnego, do okolic bardziej ogonowych wzdłuż warstwy mezoblastycznej. W podobny sposób tłumaczy autor rozwój szyjnego odcinka pnia współczulnego, który tworzy się z elementów wywędrowujących z odcinka piersiowego wzdłuż wielkich naczyń; przy omawianiu zarodków myszy autor podkreśla, że w preparatach, w których barwiono komórki, nie można we wczesnych bardzo stadiach rozwoju odróżnić neuroblastu od komórki mezenchymatycznej; również barwienie prepara-

tów dla wykrycia glikogenu nie okazało się tutaj pomocne, ponieważ glikogenu w komórkach nerwowych nie wykryto. Dopiero u 12-dniowych zarodków myszy barwionych kresylecht-violettem stwierdzić można różnicę między komórką mezenchymatyczną i nerwową.

Na podstawie swych preparatów przyjmuje autor pewien związek genetyczny pomiędzy listewką nerwową i komórkami współczulnymi. Obserwacje autora skłaniają go również do przyjęcia bardzo wczesnego różnicowania się pewnej ilości elementów listewki nerwowej w sympatoblasty. Okres ten przypadałby na czas opuszczania listewki nerwowej przez tworzące się elementy nerwowe. Na podstawie tego autor stwierdza, że zawiązki układu współczulnego nie tworzą się *in loco*, lecz powstają z komórek przywędrowujących w ciągu pierwszych faz rozwoju ontogenetycznego.

———

XIX Zjazd Psychiatrów Polskich

W dniu 27—29. V. br., pod protektoratem Ministra Pracy i Opieki Społecznej Mariana Zyndram-Kościałkowskiego, odbył się w Białostockim Wojewódzkim Szpitalu dla psychicznie i umysłowo chorych w Choroszczy XIX Zjazd Psychiatrów Polskich.

Na Zjazd przybyło 120 lekarzy psychiatrów ze wszystkich ośrodków Polski. — Przewodniczyli kolejno: prof. dr Zieliński (Poznań), dyrektor dr Sochacki (Lwów), dyr. dr Bielawski (Kościan), dyr. dr Stryjeński (Kobierzyn).

Pierwszy dzień Zjazdu poświęcony był psychozom inwolucyjnym. W dniu tym był obecny na zjeździe Minister Marian Zyndram-Kościałkowski w towarzystwie Wojewody Ostaszewskiego, przedstawicieli administracji, samorządu, sądownictwa i wojska. Po przyjęciu raportu i przeglądzie Oddziałów P. W. i W. F. Minister powitał Zjazd i był obecny na kilku referatach.

W czasie obiadu wygłoszono szereg przemówień, między innymi dyr. doc. dr Łaniewski (Tworki) mówił o potrzebie powołania do życia instytutu do badań dziedziczności i prosił p. Ministra o poparcie sprawy budowy instytutu. P. Minister obiecał poprzeć, w miarę możności, tę sprawę.

Pierwszym tematem programu był referat prof. dra Mściwoj Semerau-Siemianowskiego: „Krążenie w wieku przedstarczym". Autor omówił typowe odchylenia morfologiczne, makroskopowe i drobnowidowe, stwierdzone u ludzi starszych w sercu, tętnicach, żyłach i włośniczkach. Przeistoczenie to kojarzy następnie z mechanizmem powstawania zaburzeń fizjo-patologicznych w zakresie krążenia. W dalszych wywodach rozpatruje niektóre charakterystyczniejsze odmiany zaburzeń krążeniowych i związek między opisanymi zaburzeniami w krążeniu a uszkodzeniem czynności mózgu. Wreszcie referent przeprowadza analizę niektórych czynników, zdolnych zatrzymać i przestroić kształtowanie się odchyleń w krążeniu w wieku przedstarczym.

Prof. Zieliński omówił podłoże konstytucyjne psychoz inwolucyjnych. Poza tym wygłoszono następujące referaty: Doc. dr Wilczkowski — Zagadnienia pato-fizjologiczne zaburzeń psychicznych w okresie inwolucyjnym. Dr M. Bornsztajn — Typy kliniczne psychoz inwolucyjnych i ich klasyfikacja. Dr Dretler J. — Wpływ starości na ujawnienie utajonych heredo-degeneracji. Dr Meisner J. — Zaburzenia psychiczne spowodowane miażdżycą tętnic.

Na posiedzeniu tym płk. dr Nelken J. wygłosił wobec p. Ministra referat „Higiena psychiczna i psychiatryczna w czasie przyszłej wojny. Miasta sanitarne. Miasta ochronne. Szpitalnictwo. Opieka nad psychopatami". Prelegent podnosi na wstępie konieczność zorganizowania samoobrony i przygotowania psychicznego do niebezpieczeństwa i stępienia urazowych wrażliwości. Omawia następnie zadania miast sanitarnych. Miast ochronnych i psychopatii podczas wojny. Sądzi przy tym, iż konieczne jest organizowanie psychopatów na tyłach walki, skupienie lżejszych chorych w pewnych ośrodkach przemysłu wojennego i w środowiskach na uboczu. Cięższe postacie nie powinny opuszczać zakładów zamkniętych. Prelegent zwraca uwagę i na kobiety psychopatyczne, które czy to wciągnięte do służby wojskowej, czy też w życiu cywilnym powinny podlegać pewnej psychicznej kontroli. W zakończeniu prelegent uważa, iż, tak jak żołnierz zbroi się na front, należy przede wszystkim uzbroić w higienę psychiczną tyły.

Po przerwie obiadowej wygłoszono 9 referatów z zakresu psychoz inwolucyjnych i na tematy dowolne.

Drugi dzień Zjazdu był poświęcony opiece pozazakładowej. W dniu tym wygłoszono 13 referatów a w ożywionej i obszernej dyskusji szereg mówców podkreślił znaczenie opieki pozazakładowej z punktu widzenia organizacyjnego, socjologicznego i prawnego. Zresumowanie poglądów na sprawę opieki pozazakładowej uwydatniło potrzebę i celowość tej opieki, tak dla chorych, jak i dla społeczeństwa. Po wysłuchaniu referatów goście zwiedzili teren opieki pozazakładowej Szpitala w Choroszczy, obejmujący wsie i osiedla w promieniu 10—12 km. W opiece pozazakładowej znajduje się ponad 1.000 chorych. Duże zainteresowanie gości zbudził Oddział Neurologiczny Szpitala wyposażony w aparaty do leczenia fizykalnego i prowadzony jako oddział dla schorzeń układu nerwowego.

W trzecim dniu Zjazdu odbyła się wycieczka do Grodna, gdzie uczestnicy zwiedzili muzeum i wykopaliska na starym zamku a następnie odjechali do Druskienik, gdzie zwiedzili tamtejsze urządzenia zdrojowe, po czym nastąpiło zamknięcie zjazdu.

K. Cz.

Nekrologia

Sir Robert Philip (1857—1939)

Dnia 25 stycznia br. zmarł w Edynburgu w 82 roku życia Sir Robert Philip, właściwy twórca nowoczesnej organizacji walki społecznej z gruźlicą. On to bowiem w roku 1887, a więc zaledwie w 5 lat po odkryciu prątka gruźliczego przez Kocha, obmyślił i zorganizował pierwszą *poradnię przeciwgruźliczą*, rzucając jednocześnie śmiały na ówczesne stosunki plan walki społecznej z gruźlicą, plan, który następnie przyjęty został przez cały świat i znany jest pod nazwą systemu edynburskiego. Sir Robert Philip był pierwszym, który zrozumiał nowoczesną zasadę, że leczenie gruźlicy rozpoczynać należy jak najwcześniej, zanim chory sam swoją chorobę spostrzeże i zgłosi się do lekarza; stworzył też w tym celu instytucję pielęgniarek-wywiadowczyń, współpracujących z Przychodnią. Plan walki społecznej, stworzony przed 50 laty przez 30-letniego ówczas lekarza, przewidywał też prewentoria i zakłady readaptacji posanatoryjnej, to jest urządzenia, nad tworzeniem których świat lekarski pracuje dopiero od lat niewielu. Wreszcie w roku 1917 był pierwszym, któremu ofiarowano katedrę ftizjologii jako odrębnego przedmiotu uniwersyteckiego nauczania lekarskiego.

Niewielu ludziom było dane oglądanie w ciągu długiego, pogodnego życia, stopniowej realizacji planu, który powzięli w młodości. Toteż można nazwać życie Sir Roberta Philipa życiem wielkim, zgodnie z aforyzmem Alfr. de Vigny: *„Qu'est ce qu'une grande vie, si non une pensée de la jeunesse, réalisée dans l'âge mûr".*

T. Kielanowski (Lwów).

Justus Gaule

W Zurychu umarł w dziewięćdziesiątym roku życia b. prof. fizjologii Uniwersytetu Zuryskiego Justus Gaule, uczeń Karola Ludwiga i jeden z wybitniejszych neowitalistów. Obok wiedzy głębokiej i wszechstronnej posiadał on szczególny dar budowania teorii i praw ogólnych, co czyniło wykłady jego niezwykle zajmującymi i nastręczało dużo nowych tematów do rozważań i dyskusji. Uczniowie — acz bardzo dbali o rzeczowe wykłady — nazywali Go i Forela najgenialniejszymi swymi profesorami i zapewne nikt nie wzbudzał tyle nowych myśli, tyle nowych zagadnień naukowych, co ci dwaj. Poza naukową czynnością był Justus Gaule filozofem życiowym, szczerym zwolennikiem postępu i kultury ogólnej a nawet trochę apostołem.

Wraz z Forelem i Bungem z Bazylei należał do zagorzałych przeciwników alkoholu i propagatorów trzeźwości, co może nawet potrochu na niego niechęć ściągało ludzi mniej fanatycznie do trzeźwości usposobionych.

W. M. (Lwów).

Wiadomości bieżące

Odznaczenia i wiadomości osobiste

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. w Krakowie na rok szkolny 1939/40 obrano prof. dra Supniewskiego, Dyrektora Zakładu Farmakologii.

Zmarli

W dniu 15. VI. br. zmarł w Otwocku po długiej chorobie Dr Ludwik Batawia, członek honorowy i wiceprezes Częstochowskiego Tow. Lekarskiego, wiceprezes Tow. Laryngologów Polskich, jeden z najwybitniejszych lekarzy prowincjonalnych.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy

Dnia 19. V. br. w Szpitalu św. Rocha w Białymstoku odbyło się naukowe posiedzenie, na którym dr K. Fiedorowicz przedstawił chorego z operowanym ropniem Brodiego. Dr S. Bełdowski omówił leczenie meningitis epidemica dolędźwiowymi wstrzykiwaniami septaziny. Dr Ryglewicz przedstawił preparat macicy dwurożnej o prawie całkowicie wykształconych dwóch macicach z jedną pochwą i preparat torbieli dużych rozmiarów. Dr Walewski przedstawił chorego z ulcus rodens w bliźnie i chorego z ogólnym zapaleniem skóry po naświetlaniu lampą kwarcową.

Różne

Z kraju

Z Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie. Dnia 18 czerwca br. odbyło się Walne Zebranie Naczelnej Izby Lekarskiej. Po przyjęciu protokołu ostatniego Zebrania i sprawozdania Zarządu N. I. L. rozwinęła się nad nim ożywiona dyskusja. W szczególności omawiano obszerniej sprawę wytycznych do umów z lekarzami Ubezpieczalni Społecznej, podnosząc zwlekanie wprowadzenia w życie już podpisanych umów po przeprowadzeniu długich pertraktacji i dzięki życzliwemu ustosunkowaniu się do życzeń świata lekarskiego Pana Ministra Kościałkowskiego i Dyrektora Ubezpieczeń dra Dyboskiego. Następnie omówiono szerzej sprawę partaczy lekarskich i, niestety, współpracy z nimi, co prawda wyjątkowo, niektórych lekarzy; poświęcono też więcej czasu sprawie szpitalnictwa. Poruszono sprawę ogłaszania się specjalistów i odnośnych przepisów, które mają być ogłoszone w najbliższym czasie przez N. I. L. Ostatnio zajmowała się też N. I. L. sprawą lekarzy kolejowych, lekarzy pomocy państwowej i w. i.

Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie donosi, że w ubiegłym roku przy Pracowni Fizycznej Instytutu Radowego została utworzona Wzorcownia Rentgenowska przy poparciu materialnym Centrali Zaopatrywania Instytucji Ubezpieczeń Społecznych. Instytut Radowy posiada również Pracownię Pomiarową Ciał Promieniotwórczych. Te dwie placówki pomiarowe przyjmują zgłoszenia instytucji państwowych, naukowych, leczniczych i osób prywatnych w sprawach wykonywania pomiarów i badań, związanych ze stosowaniem promieni rentgenowskich i promieniowania ciał promieniotwórczych, w sprawie stosowania środków ochronnych przed szkodliwym działaniem tych promieni oraz wykrywania w urządzeniach ochronnych wad, które mogą się przyczynić do utraty zdrowia osób narażonych na działanie promieniowania. Wszelkie zgłoszenia należy kierować do Instytutu Radowego w Warszawie przy ul. Wawelskiej 15, tel. 8-21-20.

Na zasadzie rozporządzenia Ministerstwa Komunikacji cudzoziemcy mieszkający stale za granicą, którzy przebywali co najmniej 7 dni w celach leczniczych w jednym z polskich uzdrowisk lub wypoczynkowych w jednym z kąpielisk nadmorskich naszego kraju — przy powrocie uprawnieni są do 50% ulgi taryfowej za przejazd od stacji danego uzdrowiska czy kąpieliska do granicy Państwa, leżącej w kierunku kraju zamieszkania cudzoziemca oraz ponadto do 5 dowolnych również ulgowych przejazdów po Polsce w ciągu jednego miesiąca od daty potwierdzenia pobytu w uzdrowisku. Ulga powyższa stosuje się na przejazd we wszystkich klasach pociągów osobowych i pośpiesznych, przy czym dla powrotu z uzdrowisk całorocznych w ciągu całego roku a z uzdrowisk sezonowych i kąpielisk morskich w czasie od 1 maja do 31 października. Za podstawę do ulgi służy zaświadczenie Związku Uzdrowisk Polskich okazane łącznie z paszportem zagranicznym, zaopatrzonym w wizę polską, ważną najwyżej na 3 miesiące. Zaświadczenia wystawiane są, jak przy uldze powrotnej dla kuracjuszy krajowych, przez władze uzdrowiska prowadzące meldunki przyjezdnych. Cudzoziemcy mogą również otrzymywać takie zaświadczenia w placówkach polskich biur podróży za granicą, które mogą odprawić uprawnionych od razu za granicą na przejazd od punktu granicznego do stacji danego uzdrowiska i z powrotem od uzdrowiska do granicy lub dowolnej stacji P. K. P. za biletami własnego nakładu biur podróży. W tych wypadkach do biletów powinny być włączone osobne kupony: a) według taryfy normalnej na przejazd od granicy do uzdrowiska i b) według taryfy ulgowej na przejazd z uzdrowiska do dowolnej stacji P. K. P. i na dalsze przejazdy po Polsce lub do punktu granicznego (razem 6 przejazdów). Kupony mogą w tych wypadkach być wykorzystane dopiero po potwierdzeniu na zaświadczeniu przez władze uzdrowiska pobytu w nim posiadacza zaświadczenia co najmniej przez 7 dni. Blankiety odpowiednich zaświadczeń z tekstem w języku polskim i obcych ustalone według wzoru Ministerstwa Komunikacji znajdują się w druku, po czym zaopatrzone na każdym egzemplarzu w pieczęcie suche Związku Uzdrowisk Polskich i Ligi Popierania Turystyki zostaną przez Związek przydzielone do właściwego użytku zarządom uzdrowisk i placówkom polskich biur podróży za granicą.

Zgodnie z zapowiedzią, w dniu 23 czerwca odbyła się w Związku Uzdrowisk Polskich w Warszawie konferencja prasowa w sprawach rozwoju uzdrowisk nadmorskich, popularyzacji lecznictwa morskiego i ożywienia ruchu turystycznego na Wybrzeżu. Zebranie, któremu przewodniczył prezes Komisji Uzdrowisk Nadmorskich Z. U. P. płk. Wł. Wielowieyski, zgromadziło licznych przedstawicieli prasy stołecznej i prowincjonalnej z sekretarzem generalnym Związku Dziennikarzy Rzpltej red. Medardem Kozłowskim i członkiem Zarządu Syndykatu Dziennikarzy Warszawskich red. Romanem Boskim na czele. W obradach wzięli również udział przedstawiciele władz resortowych w osobach nacz. dr W. Przywieczerskiego z Ministerstwa Opieki Społecznej i nacz. Szelichowskiego z Ministerstwa Komunikacji, delegatów Województwa Pomorskiego, Starostwa Morskiego, Ligi Popierania Turystyki, Ligi Morskiej i Kolonialnej, Polskiego Biura Podróży Orbis oraz przedstawicieli kąpielisk nadmorskich z wójtem Gminy zbiorowej Hel Stelmaszczykiem na czele. Pierwszy referat pt. „Wszyscy nad Morze" wygłosił nacz. Szelichowski. W drugim z kolei referacie mgr Wł. Radecki, referent Wybrzeża w Starostwie Morskim w Wejherowie, zaznajomił zebranych w sposób treściwy a równocześnie wyczerpujący z całym, niestety szczupłym, terenem odzyskanego brzegu morskiego i ze wszystkimi rozsianymi wzdłuż niego kąpieliskami, zaznaczając zmiany, które z chwilą powrotu do Macierzy przeobraziły zaniedbane poprzednio nędzne wioski rybackie na ruchliwe porty morskie, lub na nowoczesne kąpieliska. W końcu mówca zwrócił się imieniem Wybrzeża z apelem do prasy, aby uświadamiała społeczeństwo o postępującej normalnym trybem lat ubiegłych pracy na Wybrzeżu.

Decyzją Ministra Komunikacji przyznana została zniżka 50% na przejazdy indywidualne do miejscowości nadmorskich i z powrotem z ważnością od dnia 1 lipca do 30 września br. Do korzystania z powyższej ulgi uprawnia nabycie karty uczestnictwa Ligi Popierania Turystyki, której cena wynosi 46 zł. Z kwoty tej 36 zł stanowi zadatek na pobyt w dowolnym pensjonacie w którymkolwiek z kąpielisk morskich. Cena pensjonatu zależna jest od jego kategorii, co do czego całkowita swoboda wyboru przysługuje posiadaczom kart uczestnictwa. Przy wyjeździe nad morze opłaca się normalną cenę biletu kolejowego, powrót na zasadzie karty uczestnictwa po minimum 6 dniach pobytu na Wybrzeżu bezpłatny. Karta upoważnia ponadto do 4 dowolnych wycieczek po Wybrzeżu na odcinku Gdynia-Orłowo-Hel również za 50% zniżką taryfową. Sprzedaż kart uczestnictwa we wszystkich oddziałach Ligi Popierania Turystyki, biurach podróży, w Związku Uzdrowisk i na większych stacjach kolejowych. Niezależnie od powyższych ulg indywidualnych Liga Popierania Turystyki zamierza w lipcu i sierpniu zorganizować około 60 pociągów popularnych nad morze. Aby usprawnić obsługę publiczności na liniach kolejowych utworzono 200 punktów informacyjnych Ligi P. T., gdzie udzielane będą podróżnym szczegółowe wyjaśnienia.

Na apel Związku Uzdrowisk Zarząd Zdrojowiska Inowrocław zgłosił gotowość udzielenia Polakom z zagranicy odwiedzającym Zdrojowisko 50% zniżki w opłacie taksy i 30% od cen kąpieli i zabiegów leczniczych.

Dnia 24 i 25 czerwca odbyły się w Niemirowie-Zdroju na własnym stadionie X Jubileuszowe Zawody Konne, urządzone z okazji 125-letniej rocznicy istnienia Zakładu. W sobotę odbył się konkurs lekki na 14 przeszkodach. W niedzielę zawody rozpoczął konkurs podoficerów, następnie zaś odbył się konkurs ciężki im. Niemirowa-Zdroju o nagrodę honorową i pieniężną.

Dnia 6 i 7 czerwca br. odbył się dwudniowy zjazd Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia Sekcji Uzdrowiskowej w Gdyni-Orłowie. W zjeździe wzięli udział delegaci Ministerstwa Opieki Społecznej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, przedstawicieli świata lekarskiego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Państwowego Zakładu Higieny oraz większej ilości uzdrowisk polskich z prezesem Związku Uzdrowisk Polskich Stanisławem Karłowskim i wiceprezesami Z. U. P. dyr. Stanisławem Wiśniewskim i dr Kazimierzem Kadenem na czele, jak również delegaci poszczególnych kąpielisk. Miejscowe władze administracyjne były reprezentowane przez Komisarza Rządu m. Gdyni mgr Sokoła, Starostę Morskiego Potockiego i dyrektora kąpieliska Orłowo M. Węglowskiego. Posiedzenie zagaił przewodniczący Sekcji dyrektor Departamentu Służby Zdrowia M. O. S. dr Jan Adamski, wygłaszając dłuższe przemówienie, w którym m. in. zaznaczył, że od szeregu lat odbywają się zjazdy w coraz innym uzdrowisku. Posiedzenie po raz pierwszy zostało zwołane na wybrzeżu z uwagi na specjalne zainteresowanie, jakim darzą najwyższe organy państwowej służby zdrowia zagadnienie rozwoju kąpielisk i talassoterapii w Polsce. Specjalny ustęp swego przemówienia poświęcił Dyrektor Zmarłemu w tym roku dr Pawłowi Gantkowskiemu, profesorowi Uniwersytetu Poznańskiego, długoletniemu członkowi Państw. Nacz. Rady Zdrowia. Pamięć zasłużonego działacza na polu służby zdrowia jak również polskiego zdrojownictwa obecni uczcili przez powstanie i chwilę milczenia. Zgodnie z ustalonym porządkiem dziennym zostały wygłoszone 4 referaty: Najpilniejsze potrzeby wybrzeża morskiego z punktu widzenia jego rozwoju pod względem wypoczynkowo-leczniczym — omówił dr Bogumił Krippendorf, naczelnik Wydziału Zdrowia w Toruniu. Dotychczasowy dorobek lecznictwa nadmorskiego — zobrazował dr Wincenty Natkański. Racjonalne wykorzystanie naszego wybrzeża morskiego dla celów leczniczych — omówił dr Mieczysław Mielżyński. Wreszcie temat specjalny: O wpływie klimatu morskiego w leczeniu schorzeń układu krążenia i dróg oddechowych — zreferował dr Włodzimierz Zakrzewski. Wyżej wymienione referaty wywołały niezmiernie ożywioną dyskusję, w której zabierali głos prawie wszyscy obecni. Zgłoszono cały szereg wniosków, z których na specjalne podkreślenie, jako mogących zainteresować opinię publiczną zasługują następujące: przede wszystkim Prezesa Związku Uzdrowisk Polskich Stanisława Karłowskiego. Biorąc pod uwagę, że dziedzina talassoterapii jest w Polsce w porównaniu z innymi działami lecznictwa uzdrowiskowego mało znana i stosunkowo słabo opracowana, badania powyższe przyczynią się do rozszerzenia możliwości rodzimego przyrodolecznictwa a równocześnie stworzą racjonalne podstawy odpowiedniego rozwoju uzdrowisk nadmorskich celem pełnego wyzyskania czynników klimatu morskiego dla zdrowia obywateli. Zanim odpowiednie fundusze na cel powyższy będą mogły być uzyskane, postanowiono wystąpić z wnioskiem do gmin nadmorskich o przeznaczenie 5% wpływów z taksy klimatycznej na koszty prac naukowych związanych z zagadnieniem talassoterapii. Następnie dr Kokoszyński, lekarz powiatowy w Wejherowie mówił o konieczności wybudowania na wybrzeżu szpitala powszechnego dla chorób zakaźnych, wydania odpowiednich przepisów regulujących wyczerpująco czasową praktykę lekarską w nadmorskich kąpieliskach, jak również umożliwienie letnikom korzystania z odpowiedniej ilości sezonowych aptek na wybrzeżu przez stworzenie odpowiednich warunków materialnych dla farmaceutów. Dr Morzycki z Państw. Zakładu Higieny w Gdyni wyjaśnił, że celem umożliwienia racjonalnego rozwoju kąpieliskom nadmorskim jest możliwe szybkie ich zaliczenie do liczby uzdrowisk posiadających charakter użyteczności publicznej. Dr W. Zakrzewski z Warszawy mówił w sprawie propagandy lecznictwa nadmorskiego w świecie lekarskim i o wyzyskaniu zjazdów lekarskich ogólnych i ściślejszych specjalności. Po zakończeniu części naukowej obrad uczestnicy zjazdu w liczbie około 40 osób zwiedzili najnowsze inwestycje kąpieliska Orłowa, przede wszystkim łazienki do kąpieli leczniczych, położone tuż nad piękną plażą. Po czym udali się do Gdyni celem zwiedzenia portów handlowego i wojskowego. Następnego dnia Państw. Nacz. Rada Zdrowia zwiedziła całe wybrzeże, zwłaszcza największe kąpieliska na Półwyspie Helskim i nad otwartym Bałtykiem. Uczestnicy wycieczki udali się autami do Jastarni, gdzie zapoznali się z ważniejszymi inwestycjami w dziedzinie sanitarno-zdrowotnej, instalacjami wodociągowymi i stacjami pomp, z będącym na wykończeniu domem uzdrowiskowym i parkiem leśnym, ważniejszymi pensjonatami, kwietnikami, promenadami spacerowymi itp. Następnie zwiedzono najnowsze urządzenia zdrowotne kąpieliska Juraty. W drodze powrotnej przez Kuźnicę i Chłapowo po zwiedzeniu portu rybackiego we Władysławowie udano się autostradą nadmorską do Jastrzębiej Góry. Tam zapoznano się z najnowszą inwestycją w Polsce w postaci budowy pośpiesznego dźwigu wysokości przeszło 30 m, który zdoła w ciągu godziny przewieźć z plaży około 500 osób jadących z szybkością dwa razy większą od dźwigów w miejskich kamienicach.

Czechosłowacja

W jednej z dzielnic Pragi ma powstać kosztem 4 milionów koron zakład położniczo-ginekologiczny i chirurgiczny.

Włochy

Włoskie Min. Spraw Wewn. przeznaczyło 15.000 lirów dla tej firmy, która wyprodukuje taki wyciąg z wątroby, który będzie zawierał jak najwięcej czynnika przeciw niedokrewności złośliwej.

Stany Zjednoczone A. P.

Według doniesień „Metropolitan Life Insurance" przeciętna długość życia mężczyzn w Stanach Zjednoczonych wynosiła w r. 1936 60,81 lat. W porównaniu z rokiem 1930 stwierdza się przedłużenie życia o 1 rok i 3 miesięcy.

Japonia

W Japonii ma się ukazać wkrótce japońsko-niemiecko-włoski słownik lekarski. Autorem tego słownika jest dr Zensetsu Ohja (Kioto).

Indie

Ankieta w sprawie żywienia się ludności hinduskiej wykazuje, że 40% ludności żywi się odpowiednio, 40% źle, a 20% bardzo źle. Pożywienie jest ubogie w białko, tłuszcze i witaminy.

Komunikaty

Dr med. Zygmunt Łuczyński przekazał dla Oddziału Lwowskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego kwotę 50 zł (słownie pięćdziesiąt złotych), jako nieprzyjęte honorarium od prof. dra Henryka Hilarowicza.

Redakcja otrzymała

K. Bross: Czy można znieść prywatną praktykę? Odb. z „Med. Prakt.". Z. 4. 1938.

K. Bross: W imię prawdy. Na marginesie obchodu 50-lecia Nowin Lekarskich. Odb. z „Med. Prakt.". Z. 4. 1939.

Sprawozdanie Prezesa Polskiego Związku Przeciwgruźliczego Prof. dr med. Witolda Orłowskiego z działalności Zarządu P. Z. P. za okres administracyjny 1938—39 r.

Higiena Szkolna. T. I. Z. 1. 1939.

Pamiętnik XI Lekarskiego Kursu Wakacyjnego wraz z „Dniem Pediatrycznym" Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, 1938.

St. Otolski: Przemysł farmaceutyczny i półprodukty chemiczne. Odb. z „Wiad. Farm.". Nr 18—20. 1939.

Oeuvres de Pasteur. Réunies par Pasteur Vallery-Radot. T. VII. Wyd. Masson, Paryż 1939. Cena: 200 fr.

Neurobiologia. T. II. Nr 1. 1939. (brazyl.).

St. Karasiński: Stan walki z gruźlicą na wsi w Małopolsce Zachodniej. Warszawa 1939.

Bulletin de l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays étrangers. Nr 42, 1939.

Rada Naukowo-Lekarska przy Z. U. P. — Protokół z posiedzenia plenarnego Rady Naukowo-Lekarskiej odbytego w dniu 30 stycznia 1939 r., obejmujący sprawozdanie z działalności za okres czasu od 1 stycznia 1938 r. do 31 grudnia 1938 r. Warszawa 1938.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

za granicą . . . . zł 17.—

w kraju . . . . zł 10.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.